QUELQUES CONSIDÉRATIONS
THÉORIQUES ET PRATIQUES
SUR
LA PNEUMONIE AIGUË
DANS LES DIFFÉRENTS AGES.

Tribut académique

PRÉSENTÉ ET PUBLIQUEMENT SOUTENU

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER, LE 24 AVRIL 1837;

PAR JEAN-AUGUSTE **LAFON**,

De Bordeaux (GIRONDE);

BACHELIER ÈS-LETTRES, ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DE MONTPELLIER, EX-CHIRURGIEN EXTERNE DE L'HÔTEL-DIEU DE BORDEAUX;

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine.

Duo sunt præcipui medicinæ cardines, ratio et observatio : observatio tamen est filum ad quod dirigi debent medicorum ratiocinia.

BAGLIVI.

MONTPELLIER,

IMPRIMERIE DE VEUVE RICARD, NÉE GRAND, PLACE D'ENCIVADE, 3.

1837.

A MON BON PÈRE.

Depuis long-temps j'aspirais au bonheur que j'éprouve aujourd'hui de vous donner, par ce faible opuscule, un témoignage public de mon admiration due à votre tendresse paternelle, et de la reconnaissance la mieux sentie pour toutes les bontés dont vous m'avez comblé.

A la mémoire de la meilleure des Mères.

Infortunée ! le jour où l'arrêt irrévocable trancha le cours de ta vie, fut un jour lugubre, horrible pour le fils qui t'adorait. Ce jour fatal fit le désespoir de l'amour conjugal et de la tendresse filiale qui versèrent des torrents de larmes sur tes restes inanimés ; ils eussent voulu de toute la puissance de leur âme pouvoir te disputer au tombeau ; mais ne crois pas que la mort ait enseveli la mémoire de tes sublimes vertus ! par elles ton nom occupe un rang distingué dans son temple ; tes principes philanthropiques, tes leçons de charité et d'amour sont gravés en traits de feu dans mon cœur. Puisses-tu entendre ma voix au sein des tombeaux, et accueillir de ton céleste sourire la dédicace de mes faibles essais ! ils t'apprendraient du moins que mes efforts n'auront jamais d'autre but que les tiens, celui de soulager les misères et les souffrances de mes semblables.

A M. DAINTRANS,

Intendant de la onzième division militaire, Député du département des Hautes-Pyrénées, Commandeur de l'ordre de la Légion d'honneur.

Hommage et respect.

J.-A. LAFON.



QUELQUES CONSIDÉRATIONS THÉORIQUES ET PRATIQUES

SUR

LA PNEUMONIE AIGUË

DANS LES DIFFÉRENTS AGES.

Chaque âge a des conditions et des différences qui lui sont inhérentes; en les parcourant, l'homme change de proportions non-seulement dans sa stature, mais encore dans les rapports mutuels des systèmes organiques, dans le développement des organes et des viscères, dans l'importance et l'activité de leurs fonctions, dans le caractère et l'abondance des produits qui en résultent, par conséquent dans tout ce qui constitue les indices sur lesquels on juge de la différence des tempéraments. Ainsi que le cours de l'année, l'homme a ses saisons: dans son printemps, il y a surabondance, et, dans son hiver, il y

a privation. Dans l'un il commence, il n'est pas complet ; dans l'autre il finit, il y a pénurie. Ces changements de constitution aux différentes époques de la vie de chaque individu, doivent nécessairement apporter des modifications dans l'invasion, le développement, la marche et la terminaison des diverses maladies qui l'affligent.

La pneumonie est une de celles qui offrent plusieurs de ces caractères ; je la considérerai : 1° chez l'adulte, jusqu'à la vieillesse inclusivement ; 2° chez l'enfant de deux à six ans et de six à quinze. Il semble qu'il serait plus naturel de la considérer d'abord chez l'enfant, puis ensuite chez l'adulte ; mais je manquerais à ce précepte de Descartes *qu'il faut procéder du connu à l'inconnu*. Jusqu'ici, la pneumonie aiguë franche des enfants a été assez peu étudiée ; elle est pour le moins toujours difficile à distinguer. Il est donc préférable de commencer par décrire celle des adultes, que tout homme de l'art doit savoir presque toujours reconnaître.

Synonymie. Pénétré de toute part par une grande quantité de sang, sans cesse exposé, par la nature de ses fonctions, à l'influence de l'air et de ses nombreuses vicissitudes, le poumon se trouve dans les conditions les plus propres à être affecté de congestions, de phlegmasies et de fluxions sanguines. Aussi observe-t-on journellement ces affections sous toutes les formes, avec des degrés d'intensité divers. Aucune d'elles toutefois n'est plus grave et plus dangereuse que la pneumonie. Cette maladie, très-souvent indiquée et incomplètement décrite sous le nom de péripneumonie dans plusieurs des écrits attribués à Hippocrate, a été aussi désignée sous le nom de fluxion de poitrine, et très-souvent confondue avec la pleurésie.

Haller, Triller et plusieurs autres médecins contemporains, pensant que la pleurésie et la pneumonie ne peuvent être distinctes l'une de l'autre, avaient donné à celle-ci le nom de pleuro-pneumonie ; mais Cullen, ayant mieux vu que ses devanciers, lui attribua son véritable nom, et la désigna par celui de pneumonie. Cependant ce n'est guère que depuis les travaux de Valsalva et de Morgagni que les auteurs ont distingué ces deux maladies. Leur histoire changea presque entièrement de face lorsqu'on put constater, par des ouvertures de cadavres,

les lésions physiques qui la constituent, et la séparer de celles qui sont propres à la pleurésie. Ces deux célèbres écrivains rassemblèrent les premiers un grand nombre d'observations qui montraient que la plèvre peut n'être point affectée, mais seulement les poumons, quoique les malades éprouvent une vive douleur au côté. Les mêmes auteurs se sont aussi convaincus qu'on trouve quelquefois la plèvre altérée en même temps que le parenchyme pulmonaire, et ils pensent qu'il est très-rare que cette membrane soit seule le siége de l'état inflammatoire. C'est cette observation qui faisait croire à Haller et à Triller qu'il ne peut y exister de vraie pneumonie sans pleurésie. Mais il était réservé à Laënnec (Traité de l'auscultation médiate, 1819) de perfectionner le diagnostic de cette maladie, et de décrire, avec plus de soin qu'on ne l'avait fait jusqu'à lui, les lésions de tissu qui lui sont propres.

Définition. La pneumonie est l'inflammation du parenchyme pulmonaire. Je la distinguerai en inflammatoire, bilieuse et intermittente. Mon but, dans cette thèse, n'étant pas de parler de ses nombreuses complications avec les diverses maladies, je me bornerai seulement à cette division.

La pneumonie inflammatoire, aussi bien que la pneumonie bilieuse et intermittente, peut être simple ou compliquée, aiguë ou chronique; je ne parlerai pas non plus de la pneunmonie chronique.

De la Pneumonie simple inflammatoire aiguë.

Après quelques jours d'un malaise général, la peumonie simple inflammatoire aiguë débute ordinairement d'une manière subite par un frisson suivi d'une chaleur mordicante, d'une durée et d'une intensité variables; quelquefois cependant l'invasion peut avoir lieu sans frisson préalable. La peau est sèche et aride, le pouls dur et fréquent : alors le malade ne tarde pas à éprouver un sentiment d'ardeur dans la poitrine, quelquefois une douleur latérale pongitive profonde n'augmentant pas par une forte inspiration comme dans la pleurésie; une difficulté de respirer, la toux, l'expectoration de

matières muqueuses souvent sanguinolentes, toujours visqueuses et transparentes; de la rougeur à la pommette du côté du poumon affecté; le décubitus pénible sur les deux côtés, surtout sur le côté sain. La percussion donne d'abord un son moins clair, puis mat sur la région de la douleur. L'auscultation fait entendre une crépitation qui cesse quand l'inflammation est plus avancée; il y a exacerbation, vers le soir, de tous ces symptômes.

L'inflammation attaque en tout ou en partie le parenchyme des poumons; le plus ordinairement une partie commence à être affectée, la maladie gagne de proche en proche, s'empare d'un poumon et peut attaquer l'autre : on conçoit cependant que la mort arrive avant que la totalité de ces organes ne soit gravement atteinte. Les auteurs ont cherché à indiquer quel était le poumon le plus souvent malade : long-temps ils ont remarqué que le droit l'était plus souvent que le gauche. De nouvelles comparaisons ont établi la même disposition du poumon droit à être plus souvent atteint par l'inflammation que le gauche; il disent aussi, avec Laënnec, qu'en général, la maladie débute par les lobes inférieurs, et va successivement en gagnant les supérieurs. M. Chomel conteste cette assertion par des calculs tirés de sa pratique. L'observation des cas nombreux que j'ai été à même de voir dans un vaste hôpital, me porte à me ranger de l'opinion de Laënnec, et à reconnaître qu'il est rare que la pneumonie débute par les lobes supérieurs. Je l'ai presque toujours rencontrée dans les lobes inférieurs. La totalité d'un lobe, soit l'inférieur, soit le supérieur, est le plus ordinairement le siége de la pneumonie; mais chez les vieillards, la partie postérieure des poumons est très-souvent le siége d'inflammations que terminent soit le catarrhe chronique, soit certaines maladies cérébrales. L'asphyxie (par l'écume bronchique), si bien décrite par M. Piorry, est, plus souvent qu'on ne croit, le résultat de ces inflammations partielles : de nombreuses observations, accompagnées d'autopsies, m'ont prouvé que c'était souvent après la crépitation que commençait le râle qui existe toujours dans cet état, et que la partie postérieure du poumon était vraiment atteinte des deux premiers degrés de la pneumonie.

Causes prédisposantes. Les hommes sont plus souvent atteints de pneumonie que les femmes : les travaux de la clinique établissent cette assertion ; ils sont plus exposés, par leur genre de vie, aux causes soit prédisposantes, soit efficientes de cette maladie, que leurs compagnes, dont les occupations sont plus sédentaires. L'âge où elle arrive le plus fréquemment, est celui de 20 à 40 ans. Quoiqu'on l'observe chez les enfants et chez les vieillards, cependant il est très-vrai que la proportion est plus forte, chez les hommes, dans l'âge viril qu'avant et après. Sur 56 individus pneumoniques :

28 âgés de 20 à 30,
11 *id.* de 30 à 40,
9 *id.* de 40 à 50,
8 *id.* de 50 à 60.

(État de l'hôpital de la Charité).

La pneumonie s'observe plus souvent dans l'hiver et le printemps que dans les autres saisons de l'année. Sur 97 pneumonies qui se sont offertes dans les salles de l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Chomel, et recueillies par M. Louis, 81 ont été de Février en Août, et 16 seulement dans les cinq autres mois de l'année. Les pays froids surtout présentent très-souvent des pneumonies. Hippocrate assure, *de aere locis et aquis*, qu'elles sont fréquentes dans les lieux marécageux ; Frédéric Hoffmann dit qu'elles semblent être endémiques en Westphalie, en Suède, en Poméranie, en Danemarck et en Russie. Baillon, Stoll, Morgagni, Franc et beaucoup d'autres, ont observé des épidémies de l'affection qui nous occupe. La fluxion de poitrine, dit Cullen, a été quelquefois tellement épidémique, qu'on l'a crue contagieuse. On n'en a cependant pas de preuves évidentes. La variété inflammatoire simple ne présente pas seule cette forme épidémique. Il en est de même de la pneumonie bilieuse et des autres espèces qui se remarquent dans d'autres constitutions qu'il ne m'est pas donné de pouvoir spécifier.

Quant aux conditions individuelles qui semblent prédisposer à la pneumonie inflammatoire aiguë, les auteurs ont indiqué l'âge adulte, le tempérament sanguin, une forte constitution, un violent exercice,

plusieurs professions, telles que celles de chanteur, de crieur, d'avocat, qui obligent à faire de grands efforts de voix; celles de tailleur et de cordonnier, qui, à raison de l'attitude qu'elles exigent, favorisent la stagnation du sang dans le poumon; celles qui exposent le plus aux intempéries de l'air, telles que celles de charpentiers, couvreurs, maçons, cochers, et surtout matelots.

Plusieurs maladies qui précèdent la pneumonie semblent en être des causes prédisposantes : le catarrhe pulmonaire, la pleurésie et la rougeole surtout, sont trop souvent accompagnés de cette maladie, pour qu'on n'entrevoie pas des rapports plus intimes que ceux qui semblent exister au premier abord. Awenbruger et son excellent commentateur Corvizart assurent que, dans presque toutes les éruptions exanthématiques, telles que la rougeole et la scarlatine, la poitrine donne un son plus obscur que dans l'état normal.

Causes occasionnelles. Quant aux causes occasionnelles de cette affection, les auteurs en indiquent un nombre indéterminé. En première ligne, on doit placer les coups, les chutes, les contusions, les blessures : ces causes sont cependant assez rares. Mais il n'en est pas ainsi des fractures des côtes, qui, quand elles ne sont pas promptement réduites, déterminent d'abord l'inflammation de la plèvre, et par suite celle du parenchyme pulmonaire. Cette dernière cause est d'autant plus grave, qu'elle est très-souvent méconnue, et que, la cause subsistant toujours, la pneumonie résiste à tous les moyens imaginables qu'on peut lui opposer. Qu'on me permette de citer ici, à l'appui de cette assertion, l'observation d'un malade qui entra à l'hôpital St-André de Bordeaux, dans le mois de Janvier 1834, au troisième jour d'une pleuro-pneumonie, dont la maladie marchait avec les symptômes les plus alarmants. Le malade attribuait sa fluxion de poitrine à une chute qu'il avait faite trois jours auparavant. A l'instant même de sa chute, il avait éprouvé une vive douleur, qui augmentait à chaque instant d'intensité; au point que des bains de pieds fortement sinapisés, plusieurs saignées assez abondantes et des sangsues sur le lieu de la douleur, n'avaient pu empêcher un râle crépitant de se faire entendre, des crachats visqueux et sanguinolents

de paraître. Lorsque M. Pereyra, médecin-adjoint, soupçonnant judicieusement que cette pneumonie présentait quelque chose de particulier, et qu'elle pourrait bien tenir à une cause permanente, examina avec soin la poitrine, et reconnut une fracture de la septième côte du côté droit. Un bandage maintint rapprochés les fragments osseux, et la maladie disparut en très-peu de jours.

Au même rang que les causes occasionnelles précedentes et comme principales aussi, nous devons placer l'exposition au froid sec ou humide, particulièrement quand le corps est échauffé ou en sueur. L'usage, dans ce dernier cas, de boissons froides, un écart de régime, une émotion vive, la colère, par exemple, des exercices violents et inaccoutumés, soit de tout le corps, soit des organes de la respiration, des courses prolongées à cheval, et surtout opposées au vent. Boerrhave a vu un nombreux détachement de cavaliers d'un même régiment être atteint de pneumonie après une course rapide de six heures faite dans une direction opposée au vent.

L'inspiration de vapeurs irritantes, la suppression des menstrues chez les femmes, de la transpiration, des hémorrhoïdes ou de quelque autre hémorrhagie habituelle dans les deux sexes, une métastase dartreuse ou rhumatismale, les grandes opérations chirurgicales, la brusque disparition d'un exutoire habituel ou d'un ulcère sans aucune précaution, ont souvent donné lieu à cette maladie.

Mais, quoi qu'en disent les auteurs, nous devons remarquer, avec M. Chomel, qu'un grand nombre de pneumonies sont tous les jours observées sans pouvoir être rapportées à aucune des nombreuses causes, soit éloignées, soit prochaines, que nous venons de signaler, et que toutes les causes qui peuvent produire des maladies produisent la pneumonie, sans pouvoir rendre compte de la raison pour laquelle il survient plutôt une inflammation des poumons qu'une gastrite, une entérite, etc.

On est d'autant plus disposé à contracter la pneumonie, qu'on l'a déjà contractée plus souvent. Il est très-commun d'avoir à traiter des malades atteints pour la troisième ou quatrième fois de cette maladie.

Les auteurs de l'article pneumonie du dictionnaire des sciences médicales rapportent que Dézoteux a traité sept fois de la pneumonie un malade qui en avait été atteint quinze; que Benjamin Rush a vu un Allemand, citoyen de Philadelphie, qui a eu vingt-huit fois cette maladie.

SYMPTOMES.

La pneumonie n'affecte pas toujours cette marche franche tracée dans toutes les nosographies. Nous pouvons distinguer un premier degré qui souvent la précède, et qui peut facilement disparaître, soit naturellement, soit par l'effet d'une très-simple médication ; ce degré, que l'on désigne ordinairement sous le nom d'irritation pulmonaire, est aussi connu sous celui de suppression de transpiration, de coup d'air ; il est d'autant plus important de le signaler et de nous y arrêter un instant, que le médecin doit y apporter promptement remède, pour ne point s'exposer à avoir affaire, plus tard, à une maladie toujours grave qui peut compromettre la vie des malades et avec elle sa réputation.

Après l'action d'une cause quelconque connue ou non, le plus ordinairement dans un hiver doux ou au commencement du printemps, lors des transitions brusques de l'atmosphère, les jeunes gens éprouvent le plus souvent un malaise général, une injection plus ou moins grande de la face, une légère céphalalgie, de l'accélération dans la respiration, une toux souvent sèche, souvent suivie d'expectoration de crachats muqueux, quelquefois, mais toujours par intervalles, légèrement striés de sang ; le pouls est fort, plein, d'une fréquence ordinaire ; il existe de temps en temps des sueurs légères, partielles ; la poitrine, percutée, donne un son égal dans toute son étendue, mais un peu plus obscur que dans l'état ordinaire ; nulle douleur, du reste, dans un point quelconque du thorax ; le stéthoscope ne fait apercevoir qu'une gêne légère dans le bruit respiratoire, l'expiration est seulement plus brusque que l'inspiration ; presque toujours les malades accusent une douleur à l'épi-

gastre après les efforts de la toux; les urines sont rouges et rares. Cette irritation pulmonaire se reconnaît aux symptômes que nous venons d'énumérer, et finit, soit par une expectoration de crachats muqueux, soit par une sueur générale, rarement par une sécrétion plus abondante des urines; ou bien les symptômes s'exaspèrent, et une véritable pneumonie survient. Celle que nous appelons du deuxième degré survient tout à coup, le plus ordinairement par un frisson violent, quelquefois pendant le sommeil, et alors par une forte chaleur; bientôt une toux sèche pendant les premiers jours se déclare, et avec elle un pouls fort, dur et fréquent.

La perte d'appétit, une soif ardente, un état particulier d'anxiété sur les traits de la face, et surtout dans les yeux, l'injection des pommettes, mais non pas comme dans d'autres maladies inflammatoires, car ici la coloration plus foncée semble reposer sur un fond plus jaune; la respiration accélérée vient peu à peu à quarante inspirations par minute; au bout de deux ou trois jours, la toux est suivie de crachats rares d'abord, visqueux, blanchâtres, s'attachant fortement au vase ou au linge qui les reçoit, présentant de petites bulles d'air. Bientôt des crachats rouilleux ou de couleur d'abricots striés de sang apparaissent au milieu de ceux dont nous venons de parler; la respiration devient de plus en plus fréquente, sans que le malade en ait conscience; l'inspiration est assez grande, mais le plus souvent l'expiration se fait brusquement, et il existe alors un repos avant une nouvelle inspiration; le pouls perd de sa force pour devenir plus fréquent, conservant toujours son caractère pectoral et parenchymateux. Pendant quelques jours, et suivant l'étendue des parties affectées des poumons, la maladie persiste dans cet état; le visage devient pâle; il y a du délire. La respiration, de plus en plus fréquente et pénible, laisse entendre un râle profond; le pouls devient irrégulier et va en décroissant. Enfin, la mort survient du septième au quatorzième jour, si la maladie poursuit toutes ses périodes, et n'est enrayée, ni par les efforts de l'art, ni par ceux de la nature.

Mais la majorité des pneumonies ne se terminent point de la ma-

nière funeste que je viens de tracer. Très-souvent les secours de l'art ou bien la marche naturelle de la maladie amènent, du septième au quatorzième jour, quelquefois vers le vingtième, un changement heureux. Les crachats deviennent abondants, quoique conservant toujours le même caractère, quelquefois même ils sont plus sanguinolents; la respiration est plus libre et plus facile, le pouls moins fréquent et plus souple; des sueurs générales ou l'excrétion d'une urine abondante laissant déposer un sédiment blanchâtre ont lieu; chaque évacuation diminue la maladie; peu à peu les crachats deviennent muqueux; la respiration, de plus en plus lente, permet aux traits de la face de reprendre leur expression naturelle, quelquefois même celle d'un contentement qui n'était pas habituel; les couleurs s'effacent, une détente générale se déclare, la convalescence et la santé deviennent bientôt parfaites. Cette pneumonie, qu'elle se termine heureusement ou d'une manière funeste, ne conserve pas toujours la même intensité dans les mêmes symptômes; il y a une légère rémission dans le jour, et constamment une exacerbation pendant la nuit.

SIGNES.

Les signes de la pneumonie doivent mériter toute notre attention: c'est lorsqu'il s'agit de cette maladie, que le médecin peut commettre fréquemment des erreurs. Nous répéterons probablement une partie de ce que nous avons dit aux symptômes; mais il vaut mieux revenir deux fois sur un sujet de cette importance, que d'omettre quelque chose d'essentiel. Avant la percussion, et surtout l'auscultation médiate, le diagnostic était très-incertain; aujourd'hui il devient plus positif. Nous allons apprécier tous ses signes. Le premier degré se reconnaît à l'état de pléthore générale, à la vigueur du pouls et à son caractère pectoral, à une toux légère avec ou sans expectoration de crachats muqueux, quelquefois, mais très-rarement striés de sang, quelquefois incolores, visqueux comme ceux du deuxième degré; la

percussion donne un son un peu obscur; la respiration s'entend partout au cylindre, mais elle n'est nulle part puérile ou exagérée; quelques râles muqueux se font entendre dans la toux ou dans une forte inspiration; il existe souvent, dans cet état, une douleur à l'épigastre.

Dans les deuxième et troisième degrés, la peau est chaude, d'une couleur un peu jaune; souvent une légère moiteur va et vient; le pouls est plein, fort dans le commencement, tout-à-fait pectoral, sans trop de fréquence, quelquefois même descendant à soixante pulsations par minute; le malade est, en général, couché sur le dos, un peu élevé dans son lit; certains malades peuvent encore rester debout dans les premiers jours, et faire de l'exercice; il n'y a point encore ce sentiment de faiblesse qui existera plus tard, au point de leur faire éprouver une lassitude insurmontable quand on veut les ausculter; la face est jaunâtre; les yeux présentent cette expression de tristesse que j'ai signalée plus haut; les pommettes ont aussi une injection d'un rouge foncé toute particulière; la langue est en général à l'état naturel, la respiration accélérée, sans que les malades s'en aperçoivent; ses mouvements sont presque du double plus fréquents qu'à l'état normal; il est, en effet, ordinaire de compter quarante inspirations par minute; il existe une douleur qui s'exaspère par la toux, quelquefois peu intense, mais profonde, et répondant au-dessous du sein du côté affecté. Cette douleur ne s'augmente point par la percussion, distinction importante de la douleur pleurétique, qui devient plus vive par un contact même très-léger. La toux est d'abord sèche, sans être trop fréquente. Au bout de quelques jours, elle est suivie d'une expectoration de crachats presque incolores, visqueux, contenant souvent une mousse aérienne qui s'aperçoit surtout lorsque les crachats sont réunis dans un vase. Bientôt après, quelques autres sont ou striés de sang rouge vif ou de couleur de rouille, ou de gelée d'abricot. La poitrine, percutée avec attention, donne un son mat sur toutes les portions affectées du poumon; mais l'auscultation nous fournit des signes précieux : quand le poumon n'est qu'à l'état d'engouement, on distingue un bruit appelé crépitation, assez semblable

au bruit produit par des bulles de savon qui se détruisent spontanément. Dans les deuxième et troisième degrés, on rencontre souvent la crépitation dans un point en général supérieur, tandis qu'on n'entend plus rien inférieurement; souvent le lieu qui était le siége de la crépitation la veille, n'est plus, le lendemain, perméable à l'air. La maladie marchant, les signes éprouvent des modifications : le pouls perd de sa force, et devient inégal et décroissant; vers la fin, la respiration est de plus en plus gênée, la coloration des pommettes plus foncée. Plus tard, la face présente une couleur plombée; tout le corps maigrit assez promptement; le moindre mouvement fatigue le malade, qui ne tarde pas à succomber.

La crépitation que l'on entend presque toujours dans une des parties du poumon des pneumoniques, est le signe pathognomonique de leur maladie; il ne peut être confondu avec aucun autre. Tous les autres signes peuvent être communs à plusieurs affections des organes thoraciques. Ainsi, le son mat donné par la percussion est commun à la pleurésie et à la pneumonie; l'absence du bruit respiratoire est aussi commune à ces deux affections : il n'y a donc que la crépitation qui soit propre à la maladie qui m'occupe.

DIAGNOSTIC.

Il n'est pas toujours facile d'établir le diagnostic de la pneumonie. Les symptômes dans la pleurésie, la pleurodynie, le catarrhe pulmonaire, l'asthme, etc., sont quelquefois tellement identiques à ceux de cette maladie, qu'il est impossible de la distinguer lorsque cela a lieu surtout chez des enfants, des aliénés, chez des malades en un mot incapables de rendre compte de leur état. Nous allons tracer en peu de mots, par la comparaison des symptômes, les différences qu'il y a entre ces diverses maladies et la pneumonie.

La pleurésie offre une douleur aiguë, superficielle, qui augmente par la percussion même la plus légère, par le décubitus sur le côté malade, par l'inspiration et la toux, qui est ordinairement sèche. Dans la pneumonie, au contraire, la douleur, si elle existe, est profonde,

obtuse, le sentiment d'étouffement et d'oppression est prononcé. La toux est humide ; le pouls, dans la pleurésie, est serré, dur et fréquent ; il tient du système nerveux ; il est, au contraire, mou dans la pneumonie. Rarement voit-on quelques stries de sang dans le peu d'expectoration que rendent quelquefois les pleurétiques, au lieu qu'elles sont très-communes dans la pneumonie où l'expectoration est très-abondante. La percussion donne, dans la pleurésie costale, un son plus mat que dans la pneumonie. Enfin, si l'on applique le stéthoscope, on n'entend point le bruit de la respiration dans la première, tandis qu'il est encore perceptible dans la seconde.

La pleurodynie a son siége dans les muscles du thorax ; elle n'offre ni fièvre, ni expectoration. Le catarrhe pulmonaire est rarement accompagné de la gêne de la respiration, qui est propre à l'inflammation du tissu pulmonaire ; l'expectoration n'est pas sanguinolente, le son de la poitrine est clair, etc.

L'asthme, caractérisé par une gêne périodique et convulsive de la respiration, ne présente ni expectoration ni mouvement fébrile ; la percussion thoracique est sonore. Mais la tâche devient bien plus difficile quand il faut distinguer une pneumonie ancienne d'un épanchement, d'un catarrhe ou d'une pleurésie chronique, d'une phthisie, etc. En effet, dans ces diverses affections, la percussion est insuffisante, et M. Laënnec conseille d'avoir recours à son cylindre, à l'aide duquel, s'il faut l'en croire, on distingue très-bien l'épanchement consécutif aux inflammations chroniques de la plèvre. D'après ce procédé d'investigation, l'absence de la respiration indique l'induration chronique ; la pectoriloquie, la phthisie ; la pectoriloquie chevrotante perçue à la partie postérieure du thorax entre les omoplates, l'hydrothorax, etc.

Pneumonie bilieuse.

Les pneumonies épidémiques avec prédominance des symptômes de l'appareil digestif paraissent avoir été observées dès l'origine même de la médecine ; il en est fait mention dans plusieurs ouvrages at-

tribués à Hippocrate. L'usage fréquent que plusieurs autres médecins des temps anciens, comme Dioclès, Cœlius-Aurélianus, Alexandre de Tralles, faisaient des purgatifs dans les pleurésies, autorise à penser qu'ils en avaient également observé. Les Arabes et quelques médecins du moyen âge se trouvent dans le même cas. Baillou dit clairement qu'il existe des pleurésies et des pneumonies dans lesquelles on remarque des symptômes gastriques conjointement avec la douleur de côté.

En 1682, Portel de Caen soutint un procès au parlement de Normandie pour prouver que certaines pneumonies ne cédaient qu'aux évacuations au moyen des vomitifs et des purgatifs; mais quoique les auteurs que je viens de citer paraissent tous avoir reconnu la pneumonie, on doit cependant aux médecins Français de l'avoir décrite les premiers : en effet, on trouve dans les annales de la médecine militaire, rédigées par Colombier dans le commencement du dix-huitième siècle, la relation d'une épidémie de pneumonie bilieuse. Marteau de Granviliers l'avait observée en Normandie en 1750, Sauvages à Montpellier en 1753, Deplaigne aux armées en 1757, enfin, Colombier pendant les campagnes des Français en Allemagne en 1758.

En 1763, Lepecq de la Clôture, célèbre médecin Normand, fixa l'attention des médecins sur cette variété, et enfin Stoll, en 1776 et 1777, décrivit une épidémie de pneumonie bilieuse, et ses travaux sont devenus classiques.

Malgré le témoignage des auteurs célèbres que je viens de citer, cette maladie n'a cependant pas été de tout temps admise ni reconnue par tous les médecins. Indépendamment d'un grand nombre qui, dans tous les siècles, en ont nié l'existence, on a vu, dans ces derniers temps encore, l'école physiologique la confondre avec la pneumonie simple inflammatoire aiguë. A quoi tiendrait donc cette dissidence d'opinions à l'égard d'une maladie si distincte et si facile à reconnaître, d'après les uns, et si obscure, au contraire, ou plutôt la même que la pneumonie simple inflammatoire aiguë, suivant les autres? Y aurait-il égoïsme, mauvaise foi dans ces sentiments divers?

En vérité cela ne peut être. La véritable cause, la voici : la pneumonie bilieuse ne se rencontrant que par temps et régnant presque toujours épidémiquement, les uns ont eu de nombreuses occasions de l'observer, d'étudier son invasion, sa marche, ses progrès, sa terminaison, son traitement ; tandis que les autres ne trouvaient pas même un seul cas qui pût leur faire connaître les symptômes que leur avaient tracés leurs devanciers.

Description de la pneumonie bilieuse. La pneumonie bilieuse se déclare souvent dans le printemps et chez les gens d'un tempérament bilieux ; on la reconnaît aux symptômes suivants : lassitude spontanée, douleur dans les membres, frisson, céphalalgie sus-orbitaire, face jaunâtre, pommettes colorées, chaleur âcre et mordicante à la peau ; langue saburrale, sèche, jaune ; dents fuligineuses ; soif ardente ; coliques ; diarrhée bilieuse ; vomissements parfois de même nature ; tension douloureuse à l'épigastre ; haleine fétide ; douleur latérale plus ou moins profonde, tantôt fixe, tantôt errante, quelquefois si légère, que le malade n'accuse qu'un sentiment de gêne ou d'oppression dans la poitrine ; respiration courte, anxieuse ; toux douloureuse et fréquente ; crachats jaunâtres, mêlés de quelques stries de sang ; pouls large et accéléré ; urines rares, déposant un sédiment jaunâtre ou briqueté. Bientôt la suffocation, le délire, les sueurs tantôt partielles, tantôt générales, l'augmentation excessive de la chaleur, la faiblesse, l'irrégularité du pouls et la mort, mettent fin à cette série non interrompue de souffrances qui a son siége dans l'organe pulmonaire.

L'invasion de cette maladie n'a pas toujours lieu d'une manière aussi franche, et ne se termine pas non plus toujours par la mort. Au lieu de commencer par être bilieuse, elle est quelquefois manifestement inflammatoire, et devient bilieuse au bout de deux ou trois jours. On s'en aperçoit facilement au changement des crachats, à celui du pouls et de la langue. Les déjections jaunâtres, une sécrétion plus abondante des crachats, une sueur générale, sont quelquefois l'indice d'une terminaison favorable.

Pneumonie intermittente.

La pneumonie est plus souvent intermittente que nous le croyons, soit en lisant les auteurs, soit en n'observant pas avec assez d'attention les malades qui nous sont offerts. Je renouvellerai ici l'observation que j'ai faite à l'article de la pneumonie bilieuse, admise par plusieurs, et méconnue par les autres. Quelquefois, en effet, de nombreux cas de pneumonie intermittente se présentent, et d'autres fois il s'écoule un espace considérable de temps sans qu'on puisse en observer même dans un hôpital. Dans la pratique civile, un malade peut être affecté de cette maladie, et le médecin n'étant pas prévenu, peut la méconnaître. Nous pouvons bien, dans un hôpital, méconnaître aussi le premier cas qui nous est offert; mais comme successivement il s'en présente d'autres, nous pouvons acquérir une certitude qui est impossible dans la pratique d'un seul médecin. J'ai eu l'occasion d'observer plusieurs fois la pneumonie intermittente, et toujours dans l'hôpital. Cette maladie survient ordinairement, comme le disaient les professeurs de Montpellier, lorsque le génie intermittent règne, en d'autres termes, lorsque la constitution atmosphérique a prédisposé aux fièvres ou autres affections intermittentes.

Les causes prédisposantes et efficientes sont les mêmes que celles de la pneumonie continue. Pour donner une idée plus exacte de la symptomatologie et de la séméiotique de l'affection qui nous occupe, qu'il me soit permis de consigner l'histoire de six pneumonies intermittentes observées dans le mois de Mai 1835, à l'hôpital St-André de Bordeaux.

Une femme âgée de 30 ans, d'une forte constitution, d'un tempérament sanguin, étant entrée à l'hôpital dans les premiers jours du mois de Mai de l'an 1835, raconta qu'elle avait éprouvé, il y avait trois jours, un frisson très-vif bientôt suivi d'une chaleur mordicante, de toux et d'expectoration de crachats sanguinolents. La face était actuellement rougeâtre, la respiration précipitée, le pouls large et

fort sans trop de fréquence, le son de la poitrine mat dans presque tout le côté droit. Elle ressentait sous le sein, du même côté, une douleur pongitive profonde; les crachats étaient rares, visqueux et rouillés. Elle avait été largement saignée à son entrée à l'hôpital, et une application de sangsues avait été faite sur le côté droit. On prescrivit plusieurs petites saignées réitérées, une diète sévère et des boissons émollientes. Le lendemain, à la visite, la malade se trouvait tellement bien, que le médecin se félicitait du succès complet du traitement. Il n'y avait ni toux ni crachats, et la poitrine rendait un son également clair des deux côtés. On continua seulement des boissons adoucissantes. Mais le lendemain, la Sœur annonça que cette femme avait eu le soir une rechute, qu'elle avait été sur le point de suffoquer, et que le chef interne, appelé la nuit, avait fait une large saignée et une application de vésicatoires aux jambes. La malade était à peu près dans le même état que l'avant-veille, cependant avec un peu plus de dyspnée. Il y avait eu du délire la nuit, et les crachats, qui s'étaient supprimés, recommençaient à être rouillés. Le même jour, dans la soirée, presque tous les symptômes s'étaient dissipés de nouveau; la malade était calme, venait d'éprouver une abondante transpiration; le pouls était tranquille, la face naturelle, les crachats et la toux presque nuls. On reconnut à ces symptômes une pneumonie intermittente. On se hâta de profiter du moment de l'apyrexie pour administrer le sulfate de quinine à haute dose.

Le lendemain, à la visite, la malade était si bien, qu'elle demandait des aliments. On fit continuer le sulfate de quinine. Vers sept heures du soir, heure à laquelle elle fut visitée de nouveau, un léger frisson venait de la prendre, mais il avait été de bien courte durée; il y avait encore de la chaleur, de l'injection à la face, un peu de toux, un peu de fréquence dans la respiration. Le sulfate de quinine, qui avait été suspendu pendant l'accès qui ne dura que quelques heures à ce léger degré, ayant été continué immédiatement après, le lendemain et jours suivants, la malade ne présenta aucun symptôme fébrile, et sortit de l'hôpital, six jours après, parfaitement guérie.

Deux jours après, un douanier, âgé de 25 ans, d'un tempérament

robuste et bien constitué, entra à l'hôpital, présentant tous les symptômes d'une violente pneumonie. Le lendemain, il parut si bien, que le médecin, soupçonnant le type intermittent, revint le soir à l'entrée de la nuit : il le trouva dans un accès des plus violents; tous les symptômes furent en s'aggravant pendant la nuit; il fut trouvé, le lendemain matin à la visite, dans un état alarmant; la Sœur, croyant qu'il allait succomber, lui avait déjà fait administrer les secours spirituels. On nous annonça la marche probable de cette maladie, et on prescrivit à haute dose le sulfate de quinine à prendre aussitôt que l'accès serait terminé. Il se dissipa vers le soir, et on commença à donner la potion prescrite. Le jour suivant, le malade était très-bien; l'antipériodique fut continué; il y eut un léger accès le soir, mais le lendemain, à la visite, l'amélioration était frappante; le sulfate de quinine fut donné à dose décroissante pendant quelques jours, et le malade sortit de l'hôpital, dix jours après son entrée, entièrement rétabli.

Trois ou quatre jours après, un enfant de 11 ans présenta les mêmes symptômes; en même temps un capitaine breton, aux payants, offrit une pneumonie intermittente très-bien caractérisée; une jeune fille de 15 ans, et enfin un vieillard du dépôt de Mendicité, furent les derniers malades qui offrirent, à l'hôpital, vers la fin de Mai, des symptômes de la pneumonie intermittente.

Tous guérirent promptement par l'administration de l'antipériodique. On voit, dans les exemples que je viens de citer, que, chez tous, la pneumonie affectait le type tierce; les accès débutaient par un frisson assez vif bientôt suivi de chaleur et de tous les signes d'une très-forte pneumonie. L'accès durait 24 heures et disparaissait complètement pendant 24 heures; aussi le malade se trouvait dans un état très-satisfaisant, croyant à la guérison de sa maladie, et l'accès revenait toujours à l'entrée de la nuit et allait en croissant d'intensité. Il n'est pas douteux que, s'il n'avait été arrêté à temps, la mort aurait terminé un nouvel accès, et qu'alors on aurait trouvé dans le poumon des traces positives de pneumonie probablement au premier degré ou l'engouement.

Si, après avoir observé une pneumonie assez intense, on trouve le malade bien le lendemain, on doit se méfier de l'intermittence; car, quelle que soit la médication que nous ayons mise en usage, il est très-rare qu'elle réussisse aussi promptement. Une pneumonie continue opère sa résolution d'une manière graduée et non brusquement : surveillons alors attentivement notre malade, nous ne tarderons pas à nous assurer qu'un autre accès survient le soir, et alors nous aurons la certitude du caractère intermittent de la pneumonie.

Quelquefois elle est continue en débutant pendant trois ou quatre jours, et devient brusquement intermittente; on en est encore prévenu par le même signe, c'est-à-dire par l'état de bien-être presque subit et auquel le médecin était loin de s'attendre.

PRONOSTIC.

Le pronostic de la pneumonie varie suivant le degré de la maladie. Dans celle du premier degré, il est en général favorable; mais dans celle du deuxième, il est toujours grave. Quoique, dans les temps ordinaires, un assez grand nombre de pneumonies cèdent aux moyens qu'on emploie pour les combattre, il en est un certain nombre que rien ne diminue et qui conduisent le malade au tombeau, ou immédiatement, ou dans un temps plus ou moins éloigné, par les funestes suites qui les accompagnent. Dans les hôpitaux, la mortalité est toujours plus considérable, toutes choses égales d'ailleurs, que dans la pratique civile. Certaines constitutions épidémiques rendent souvent la terminaison de la pneumonie funeste; d'autres fois c'est le contraire; il est impossible de pouvoir expliquer à quoi tient cette différence. Les pneumonies du printemps et de l'été se terminent assez favorablement; dans l'hiver, au contraire, surtout lorsqu'il est rigoureux, la terminaison est souvent funeste. Les trois mois de Décembre, Janvier et Février de l'hiver de 1829 à 1830, le nombre des morts s'éleva à une proportion énorme.

Lorsque la pneumonie est commençante et n'a pas plus de trois à

quatre jours d'existence, il est assez rare que les malades secourus à cette époque succombent; je ne pourrais en citer qu'un petit nombre d'exemples : ceux, au contraire, qui n'éprouvent de traitement qu'après le huitième jour, sont dans un état beaucoup plus grave; le nombre des morts en est presque tout composé.

Hippocrate avait remarqué que le délire survenant dans la pneumonie était mortel : *in pneumoniâ delirium lethale.* Les observations des auteurs qui l'ont suivi, celles que j'ai faites moi-même, n'ont pas confirmé cette sentence, mais ont prouvé cependant que la maladie est toujours alors très-grave et le plus souvent suivie de mort.

Le râle apparent qui survient dans la pneumonie n'est pas moins souvent mortel, surtout lorsqu'il coïncide avec un pouls décroissant. J'ai vu, dans le cours de mes études médicales, un seul cas qui fait exception à cette règle. Le danger est relatif à la quantité du poumon affectée. Si les deux poumons sont atteints en même temps, la maladie est promptement mortelle. Si, au contraire, une légère portion du poumon est affectée, le danger est moins grand; un seul poumon peut être malade en entier, peut même être au troisième état que nous examinons en parlant des lésions cadavériques, et la santé peut revenir encore. Cependant les chances diminuent et sont alors à peu près égales. La pneumonie des vieillards est toujours très-grave. J'en ai vu cependant qui ont eu plusieurs fois des symptômes de pneumonie bien confirmés, et qui en ont très-bien guéri : cela peut tenir au siége de la maladie. Ainsi l'inflammation se développant à la suite d'un catarrhe chronique, dans la portion postérieure du poumon, est beaucoup plus grave que celle qui survient spontanément dans toute son étendue ou à la région antérieure de ce même organe. La différence de succès peut tenir aussi à la différence de traitement plus actif en général chez le vieillard vigoureux. Les médecins, n'osant pas souvent recourir à une médication franche chez des gens affaiblis par l'âge et les maladies antérieures, se contentent de donner quelques expectorants; ou s'ils ordonnent quelques évacuations sanguines, c'est avec tant de réserve, qu'il vaudrait peut-être mieux les abandonner à la nature.

La pneumonie ne dure guère au-delà de vingt-un jours : celle du premier degré se termine promptement en bien ; celle du deuxième se termine après le premier septénaire, souvent en quatorze jours, enfin quelquefois après le vingt-unième. Les septénaires sont-ils ou non de ces nombres privilégiés, ainsi que le croyaient les anciens, pour les terminaisons heureuses des maladies ? et les autres jours néfastes qu'ils ont indiqués sont-ils réellement les témoins des terminaisons funestes ? Je crois que les anciens, à la tête desquels on doit placer Hippocrate, ont avancé une hypothèse qui a traversé des siècles, et que tous les praticiens ont avancée *in verba magistri*, sans trop se donner la peine de la vérifier. L'observation constante que j'ai faite pendant plusieurs années, dans un vaste hôpital, sur les terminaisons heureuses ou malheureuses de la pneumonie aux différentes époques ci-dessus mentionnées, m'a prouvé qu'elles se trouvaient beaucoup plus souvent en défaut qu'elle ne se rencontrait juste.

La pneumonie se termine souvent par des crises, et c'était suivant le jour où elles se développaient que, d'après les anciens, elles devaient être favorables ou nuisibles. Les hémorrhagies, soit par le nez, soit par les menstrues, soit par les hémorrhoïdes, terminent quelquefois la maladie ; des sueurs abondantes la terminent aussi quelquefois, mais plus rarement ; c'est une diarrhée le plus ordinairement. C'est par les crachats que la crise la plus favorable a lieu, quelquefois aussi par des urines troubles et abondantes, laissant déposer un sédiment blanchâtre. En général ces crises se marquent bien quand on observe une méthode expectante ou une faible médication. On trouve dans Hippocrate et dans la médecine clinique de Pinel, des pneumonies à peine combattues qui ont présenté des crises bien tranchées à des époques plus ou moins avancées. On n'en voit survenir que très-rarement après une médication active. En général, lorsque les crises surviennent et ne jugent pas favorablement la maladie, le pronostic doit être plus grave. La maladie semble, en effet, s'augmenter de l'état général de la constitution affaiblie par les efforts impuissants de la nature.

Il faut toujours être très-réservé sur le pronostic de la pneumonie,

parce que, ainsi que nous l'avons vu, des circonstances qui ne dépendent pas du médecin, et qui sont cachées à ses investigations, peuvent rendre cette maladie promptement mortelle.

NÉCROSCOPIE.

L'inflammation du parenchyme pulmonaire peut se terminer comme celle de tous les autres organes. Par *résolution*, c'est celle que nous avons désignée sous le nom d'irritation pulmonaire, et la santé devient bientôt parfaite. Par *induration*, c'est celle qui amène la mort à l'état aigu. Par *suppuration* : cette terminaison ne peut avoir lieu que lorsque la maladie occupe une partie très-limitée du poumon ; car la mort survient avant que le pus puisse se ramasser en foyer, lorsqu'une portion assez étendue de l'organe est affectée. Dans le premier cas, cette terminaison donne lieu aux abcès du poumon. Enfin, la pneumonie peut se terminer par *gangrène* : on conçoit encore que ce n'est que quand l'inflammation n'existe que dans un point du poumon que la gangrène a le temps de se développer ; elle semble plutôt être la suite d'une inflammation spéciale se rapprochant de l'anthrax ou du charbon. Comme les abcès et la gangrène du poumon mériteraient d'être traités d'une manière particulière et plus longuement que la nature de cet opuscule ne le permet, je ne parlerai que très-succinctement de ces deux affections.

Les lésions cadavériques que l'on observe dans les poumons à la suite des pneumonies, sont trop importantes pour l'appréciation des signes qui doivent faire reconnaître cette maladie, pour que nous ne nous y arrêtions pas d'une manière spéciale.

On conçoit que nous ne puissions établir l'état des poumons dans le premier degré que nous avons distingué plus haut; puisqu'il se termine par la santé ou par la pneumonie du deuxième degré, il ne peut laisser aucune trace, et l'on n'a jamais d'autopsie de ce degré. Il n'en est pas de même du deuxième. Nous lui distinguerons trois états différents, dans lesquels on trouve les organes pulmonaires des

malades qui ont succombé à la pneumonie : 1° l'engouement; 2° l'hépatisation; 3° la suppuration générale.

1° *L'engouement*. A moins que la totalité d'un poumon ou la presque totalité des deux poumons ne soit atteinte, il est rare de reconnaître cet état seul dans les autopsies des individus qui ont succombé aux suites de la pneumonie. Le plus ordinairement le deuxième degré existe dans une portion inférieure; très-fréquemment les trois degrés se remarquent dans un des poumons ou dans les deux.

Le tissu pulmonaire, dans le degré que nous examinons, offre l'aspect suivant : l'apparence extérieure est noirâtre; il ne s'est point affaissé par l'entrée de l'air dans la cavité des plèvres; quelquefois même il semble plus volumineux et déborder lorsqu'on incise les parois thoraciques. A ce sujet, M. Broussais prétend avoir rencontré des poumons qui conservaient sur leur surface les impressions des côtes. Laënnec et Chomel observent qu'à moins d'une conformation rachitique, cela ne peut être, parce que le plan des muscles intercostaux internes rend la face interne de la poitrine lisse; quoique je n'aie jamais eu l'occasion d'observer ce fait, je n'en nie pas la possibilité : je croirais volontiers, en effet, que la dilatation des poumons puisse refouler les intercostaux internes, et que, ne pouvant agir de la même manière sur les côtes, le poumon en garde l'impression; il est plus lourd que dans l'état naturel, mais il surnage dans l'eau. Lorsqu'on l'incise, une sérosité d'un blanc spumeux rosé sort de son tissu sous les doigts qui le pressent; les cellules sont partout perméables à l'air.

2° *L'hépatisation*. Dans ce degré, le tissu du poumon offre l'aspect suivant : sa surface externe est moins foncée que dans l'état précédent; il ne crépite plus, et semble s'être converti en une masse ferme ressemblant au foie : c'est cet état qu'on appelait improprement carnification. On y voit les cellules pulmonaires quelquefois plus blanches et plus brillantes qu'à l'ordinaire; on observe mieux à la loupe leur organisation et leur forme que dans l'état sain. Si on pratique la docimasie, le poumon se précipite au fond du vase qui renferme l'eau; si on le coupe en plusieurs morceaux, il ne suinte presque rien

de la surface des incisions; seulement, en le raclant avec le scalpel, on en exprime une médiocre quantité d'une sérosité sanguinolente plus trouble et plus épaisse que celle du premier degré, et dans laquelle on distingue souvent une matière plus épaisse, blanchâtre, puriforme; enfin, si on expose à contre-jour la surface de ces incisions, la substance du poumon ne présente plus rien de cellulaire, mais bien une surface comme grenue, ou formée de petits grains rouges oblongs et un peu aplatis. Cette sorte de granulations paraît à Laënnec le caractère propre de l'inflammation pulmonaire, et celui qui peut mieux la faire distinguer de l'engorgement tuberculeux.

3° *La suppuration.* Dans ce degré, le tissu pulmonaire, en conservant la même dureté et le même aspect granuleux que nous venons de décrire, prend une couleur jaunâtre pâle et analogue à celle de la paille, et laisse suinter plus ou moins abondamment, de la surface des incisions, une matière jaune, opaque, visqueuse et évidemment purulente, mais d'une odeur fade et beaucoup moins désagréable que celle du pus d'une plaie extérieure : cet état est évidemment la suppuration du poumon. Ce n'est que dans les cas où cette affection attaquerait une petite partie du poumon, qu'alors le pus pourrait se ramasser et former un abcès qu'on appelait vomique ou phthisie ulcéreuse : ces cas sont extrêmement rares. On a pris le plus ordinairement pour des vomiques des tubercules ulcérés qui procèdent d'une autre manière. Laënnec en a vu très-peu dans de très-nombreuses autopsies. Le passage d'un degré à un autre est marqué par le développement de quelques points plus avancés au milieu d'un tissu engorgé; ainsi le passage du premier au deuxième est caractérisé par un tissu rouge laissant suinter une grande quantité de liquide spumeux et sanguinolent, mais encore un peu crépitant à la pression, au milieu duquel on distingue des parties plus rouges, beaucoup plus fermes, non crépitantes, laissant suinter une moins grande quantité de sérosité sanguinolente, et offrant des granulations. Le passage du deuxième au troisième degré se reconnaît à des taches jaunâtres informes, non circonscrites, et qui se confondent, par une dégradation de ton, avec la couleur rouge du tissu pulmonaire en-

flammé au deuxième degré : c'est surtout dans cet état que le poumon, à raison du mélange de ces deux couleurs et des stries noires ou grises formées par la matière noire pulmonaire, offre tout-à-fait l'aspect d'un granit.

De la Pneumonie chez les enfants.

En parlant des dangers de la rougeole, Stoll a dit : « C'est une » fièvre fâcheuse que celle qui survient le neuvième jour, et plus » tard encore, car elle dépend d'une péripneumonie. Après la ma- » ladie, une petite toux sèche, qui ne cesse ni le jour ni la nuit, » accompagnée d'une légère fièvre, annonce une péripneumonie » latente, et à la suite la phthisie, si l'on n'emploie de puissants » antiphlogistiques. »

Et Sydenham :

« Les enfants atteints de la rougeole, et à qui surtout l'on fait » user d'un régime chaud ou de médicaments chauds, afin d'aider » l'éruption, sont sujets à une répercussion qui survient à la fin de » la maladie, et qui leur cause une péripneumonie dont il meurt » un plus grand nombre d'enfants que de la petite vérole. »

Tels sont, à peu près, les seuls mots que l'on trouve, dans les auteurs anciens, touchant la pneumonie des enfants. Du reste, ni Boerrhaave, ni Cullen, ni Franck, ni Underwood, ni Rosen, c'est-à-dire ceux qui ont écrit sur la pneumonie, ni ceux qui ont écrit sur les maladies des enfants, n'ont parlé séparément de la pneumonie qui survient à cet âge. Dans toutes les recherches, dit M. Léger, qu'il a pu faire à cet égard, il n'a rien trouvé qui ressemblât à une description. On trouvait plus rationnel et plus prompt de raisonner par analogie avec la pneumonie des adultes, et de conclure de l'une à l'autre sans recourir à l'observation directe.

Il faut arriver aux auteurs les plus modernes pour rencontrer quelque chose de plus exact sur la pneumonie des enfants.

Dans l'article pneumonie du dictionnaire en 21 volumes, M. Cho-

mel, d'après l'autorité de Guersent, constate que cette maladie est très-fréquente, chez les enfants, comme affection principale ou secondaire; qu'elle présente à cet âge une disposition lobulaire différente de l'état d'hépatisation qui caractérise la pneumonie des adultes. Depuis, M. Léger, dans sa thèse inaugurale, et MM. Burnet et Laberge (mémoires insérés dans le journal hebdomadaire), essayèrent de décrire cet état lobulaire. Malgré ces travaux, bien recommandables d'ailleurs, il eût été difficile de se faire une idée nette de la fréquence de la pneumonie franche chez les enfants, et des différences qui la distinguent d'avec celle des adultes, si de nouvelles observations, publiées par MM. Gérard et Rufz, dans le journal de Philadelphie, ne fussent venues jeter un nouvel éclat sur ces notions premières. Un premier résultat bien important qui les frappa, ce fut l'extrême différence qu'ils trouvèrent entre les observations de pneumonies après et avant l'âge de 6 ans, c'est-à-dire après et avant la seconde dentition. En effet, sur quarante pneumonies observées de l'âge de 6 ans à l'âge de 15, ils ne trouvèrent qu'un seul cas suivi de mort; tandis qu'au-dessous de 6 ans, la mortalité était dans une proportion tout-à-fait inverse.

Cette importante différence devient pour moi la base d'une décision bien nette : c'est que je crois indispensable de traiter de la pneumonie chez les enfants en deux chapitres différents:

1° De la pneumonie chez les enfants de 6 à 15 ans;

2° De la pneumonie chez les enfants de 2 à 6 ans.

La pleurésie, chez les premiers, est une complication si fréquente, que quelques auteurs ne désignent la pneumonie que sous le nom de pleuro-pneumonie. Au contraire, dans la pneumonie des jeunes enfants, la pleurésie est une complication si rare, que, dans douze cas rapportés par M. Gérard, il n'existe pas un seul cas d'épanchement de sérosité ni de fausses membranes récentes. La même observation avait été déjà faite par MM. Burnet et Léger; et si l'on me permet de joindre, à ces cas observés, les observations que j'ai faites moi-même dans le cours de mes études médicales, j'ajouterai que sur dix que j'ai recueillies à l'autopsie d'enfants soupçonnés morts de

cette maladie, une seule fois j'ai constaté qu'il y avait épanchement de sérosité entre la plèvre costale et le poumon, encore était-ce en très-faible quantité.

L'histoire de cette pneumonie est faite d'après l'analyse de cinquante-quatre observations, dont quarante ont été recueillies par MM. Gérard et Rufz, durant les années 1832 et 1833, et quatorze par moi, depuis 1833 jusqu'à la fin de l'année 1835. Les cinquante-quatre sujets étaient dans un bon état de santé lorsqu'ils furent atteints par la maladie; c'est-à-dire que nous n'avons point compris, dans cette série, la pneumonie qui peut exister dans la variole, la rougeole, la scarlatine, et qui ne doit être, dans ce cas, considérée que comme lésion secondaire. L'invasion de la maladie fut comptée du moment où se manifestèrent la toux, la douleur de côté, ou bien un frisson appréciable. Dans tous les cas où nous pûmes obtenir quelques détails sur le début de la maladie, nous constatâmes qu'il y avait eu le prodrôme suivant: frisson, chaleur, céphalalgie, malaise général, sans néanmoins que nous puissions établir si l'intensité de ces phénomènes précurseurs fut plus ou moins marquée que chez l'adulte. Le poumon droit était le plus fréquemment affecté: trente fois sur cinquante-quatre; le poumon gauche ne l'était que dix-huit fois, et six fois il existait une pneumonie double. (Cette prédisposition du poumon droit de l'enfant à contracter plus souvent la pneumonie que le poumon gauche, ne tiendrait-elle pas à une surexcitation habituelle de cet organe, entretenue par un exercice beaucoup plus fréquent du membre droit supérieur que du membre gauche?) Les enfants, même après l'âge de 6 ans jusqu'à l'adolescence, crachent rarement; aussi ne doit-on guère compter, pour reconnaître leur pneumonie, sur l'examen des crachats, signe précieux pour le diagnostic de celle de l'adulte. Sur vingt-un cas observés par M. Gérard, six fois il y eut des crachats, et trois fois seulement ces crachats offrirent quelque chose de caractéristique, la couleur rouille, jaune-verdâtre ou brune de la viscosité. L'état de la respiration était plus généralement en rapport avec le degré de la pneumonie. Dans la plupart des cas, le nombre des inspirations était de trente à cinquante

par minute ; et l'on sait que l'état normal est de vingt à vingt-quatre pour cet âge. Dans tous les cas, il y avait une douleur du côté malade : cette douleur était augmentée par la toux, et se faisait sentir à la partie inférieure de l'aisselle, plus souvent en avant qu'en arrière. Presque toujours il y avait constipation ; bien rarement la diarrhée. Dans tous les cas, la chaleur était élevée, et dans les plus graves la peau était rude et sèche, le pouls en général développé, et, en raison de l'époque de la maladie, il variait entre cent cinq et cent cinquante, toujours régulier ; la perte d'appétit était constante au début. Les vomissements, assez communs dans toutes les maladies des enfants, existaient chez plusieurs. Quant aux fonctions cérébrales, dans tous les cas un peu graves, elles paraissaient un peu dérangées ; l'intelligence était plus obtuse, les malades assoupis ; plusieurs même avaient du délire ou un état approchant du délire.

Signes. Les signes fournis par la percussion et l'auscultation étaient les suivants : râle crépitant, bronchophonie et son mat par la percussion ; jamais il n'existait de râle crépitant sans respiration bronchique.

Durée de la maladie. La durée de la maladie, relevée sur dix-sept observations de M. Gérard, fut, terme moyen, treize jours un tiers ; et dans treize cas observés par M. Rufz, douze jours un sixième. Cette légère différence peut tenir à la différence du traitement, du temps, et de l'âge auxquels elle a été observée.

Nécroscopie. Quant aux altérations anatomiques propres à la pneumonie dont nous parlons, comme, sur les quarante cas observés par M. Gérard, il ne s'en trouve qu'un seul dans lequel la mort eut lieu, je me bornerai à donner le résumé des lésions rapportées par M. Rufz dans ce cas.

Dans la plèvre du côté droit, le poumon adhérait inférieurement par de fausses membranes molles et de récente formation ; son lobe postérieur, dans l'épaisseur d'un pouce et demi à deux pouces, offrait une hépatisation jaune rougeâtre ; le tissu pulmonaire en ce point n'était pas aéré ; les surfaces des coupes que l'on y pratiquait offraient l'aspect granulé de l'hépatisation chez l'adulte. Les granulations, jaunes rougeâtres, grosses comme des têtes d'épingles, n'étaient

aucunement comparables avec les granulations tuberculeuses. Une mucosité purulente s'échappait en assez grande abondance de l'extrémité des bronches incisées. La membrane muqueuse des bronches n'était rouge, épaissie et tapissée par du mucus qu'au niveau des parties hépatisées. Les deux autres lobes du poumon droit étaient parfaitement sains. Le poumon gauche offrait, dans son quart postérieur et inférieur, une hépatisation semblable à celle qui a été décrite dans le poumon droit. Le sujet dont la maladie fut mortelle était âgé de neuf ans et demi, et avait été traité par le tartre stibié.

Diagnostic. Le diagnostic offre les mêmes difficultés que chez l'adulte. L'absence des crachats ajoute encore à ces difficultés, et c'est ici l'occasion de démontrer quelle reconnaissance nous avons à l'auteur de l'auscultation, puisque, sans les signes établis par elle, l'étude de la pneumonie chez l'enfant serait encore si pleine d'obscurité.

Pronostic. Il est certain, d'après ce que nous venons de démontrer, que le pronostic de la pneumonie, dans les circonstances établies, ne saurait être grave, surtout par comparaison de ce qu'est cette maladie chez l'adulte.

Causes et Traitement. Ils sont absolument les mêmes que chez l'adulte. On n'a à cet égard rien de particulier, si ce n'est que, sur un nombre égal de filles et de garçons, il y a deux fois plus de garçons que de filles atteints de cette maladie.

De la Pneumonie chez les enfants avant l'âge de six ans.

Pour bien étudier cette pneumonie, pour connaître les symptômes qui lui sont propres, la marche qui lui est particulière, pour bien apprécier sa gravité comme maladie isolée, établir avec netteté ses différentes terminaisons, on convient sans peine qu'il est nécessaire de la considérer à l'état de pneumonie franche, *exquise*, comme disait Galien, c'est-à-dire survenant chez des individus qui sont en pleine santé, ceci chez l'enfant comme chez l'adulte. Par conséquent, l'on

doit mettre de côté tous les cas de pneumonie survenant comme complication dans le cours de la rougeole, de la variole, de la coqueluche ou de quelque autre maladie chronique

Ce travail ayant été fait par M. Gérard, il n'a trouvé d'abord, parmi un assez grand nombre d'observations recueillies par lui, que seize cas qui pussent être rangés dans cette catégorie : encore, en analysant ces seize observations, il a trouvé qu'elles étaient toutes compliquées, soit de tubercules, soit de diarrhée chronique, de sorte qu'il est arrivé à conclure définitivement que la pneumonie franche des adultes est une maladie très-rare, chez les enfants, avant l'âge de 6 ans ; qu'à cette époque de la vie, la maladie offre des caractères tout-à-fait particuliers. M. Rufz a recherché également dans plus de mille observations qu'il a recueillies sur les maladies des enfants, et il n'a trouvé que onze cas qui aient été considérés par lui comme des pneumonies franches avant l'âge de six ans. Encore, en examinant de plus près ses observations, on trouve qu'elles avaient pour sujets des individus affaiblis déjà par quelques maladies antérieures. Ainsi donc, voilà un caractère bien distinctif de la pneumonie franche avant l'âge de six ans : c'est que cette affection est très-rare à cet âge. Au contraire, la pneumonie, comme complication, est si fréquente, qu'il est bien peu de jeunes enfants qui succombent sans en offrir des traces. M. Guersent, frappé de cette extrême fréquence, a cru devoir considérer cette pneumonie intercurrente comme étant contagieuse à l'hôpital des enfants.

Nous avons vu que la pneumonie franche, après l'âge de six ans, était une maladie peu grave ; au contraire, au-dessous de cet âge, elle est très-souvent mortelle. Dans seize cas rapportés par M. Gérard, douze enfants succombèrent ; dans onze cas recueillis par M. Rufz, il n'y a qu'une seule guérison bien constatée.

L'examen des symptômes, de la marche, de la durée de la maladie et des lésions anatomiques, va nous offrir des différences non moins considérables.

Les symptômes qui, pendant la vie, décèlent les altérations dont nous parlerons bientôt, sont généralement beaucoup moins carac-

téristique avant l'âge de six ans que passé cet âge. Il n'est pas possible de constater si l'invasion est marquée par un frisson ; la douleur de côté, dans la grande majorité des cas, est inappréciable ; il n'y a point, à proprement parler, d'expectoration ; quelquefois il y a des vomissements de mucosités blanchâtres et glutineuses ; mais jamais ni M. Gérard ni M. Rufz n'ont vu que ces mucosités présentassent rien de semblable à la couleur rouillée de la pneumonie des adultes. La voix n'est jamais sensiblement altérée ; mais la respiration est presque toujours accélérée. D'ordinaire le nombre des inspirations s'élève de cinquante à soixante-dix. La toux est constante ; c'est elle qui, presque toujours, éveille l'attention; d'abord courte et sèche, elle devient de plus en plus grasse et plus fréquente ; quelquefois elle diminue de fréquence et d'intensité, et s'éteint même complètement lorsqu'une grande portion du poumon se trouve envahie.

Parmi les signes fournis par l'auscultation, le râle crépitant est sans contredit le plus fréquent ; il s'entend pendant toute la durée de la maladie. Ce râle crépitant est à grosses bulles ; après lui, la respiration bronchique est un signe d'une grande importance ; elle est perçue ordinairement vers la partie moyenne ou supérieure du poumon; plus courte que dans l'adulte, elle s'entend des deux côtés du thorax ; la percussion, comme à tout âge, fournit un son mat, principalement à la partie postérieure et inférieure, siége habituel de l'hépatisation. Indépendamment des signes que nous venons d'examiner, il en existe d'autres qui méritent d'être pris en considération : tel est le facies des enfants. Les enfants atteints de pneumonies ont la face légèrement bouffie, livide ou irrégulièrement rouge ; les narines, à chaque inspiration, sont dilatées; les lèvres sont sèches, rouges, quelquefois saignantes et recouvertes par une croûte qui résulte du sang desséché. Ces symptômes sont d'autant plus prononcés, que la marche de la maladie est plus rapide. La marche, au contraire, est-elle lente, la face est pâle, amaigrie comme tout le reste du corps. Mais de tous les symptômes qui ne proviennent point du trouble des fonctions respiratoires, la diarrhée est sans contredit le plus constant. MM. Gérard et Rufz l'ont tou-

jours notée, à l'exception d'une seule fois. La soif est toujours si vive, que les enfants boivent avec avidité toutes les fois qu'on leur présente de la tisane ; en revanche, l'appétit est presque toujours nul après un ou deux jours de maladie, et la peau toujours sèche et chaude. Dans aucun cas, M. Gérard n'a noté de sueur non plus qu'aucune éruption particulière. Dans cet état, les enfants restent les yeux fermés et ne peuvent se tenir : indifférents à tout ce qui se passe autour d'eux, à la voix même de leurs parents. On ne peut rien observer qui puisse être assimilé au délire. Le pouls varie entre cent trente et cent cinquante, étant toujours régulier, peu développé, facile à déprimer, et assez bien en rapport avec la gêne de la respiration.

La complication de la pneumonie, dans le cours de presque toutes les maladies de l'enfance, est si fréquente, qu'on peut presque toujours annoncer une hépatisation du poumon, sans craindre que l'autopsie ne nous offre quelque chose qui ne justifie ce diagnostic ; d'après cela, il est facile de conclure que la marche de la pneumonie des jeunes enfants, dans la grande majorité des cas, est lente ; car elle survient rarement chez les enfants en bonne santé : au lieu de se manifester par une douleur soudaine et par la gène de la respiration, son existence reste cachée jusqu'à ce qu'une grande partie du poumon soit hépatisée, et ce n'est qu'après un mois ou deux environ que la terminaison presque toujours funeste s'effectue.

La pneumonie, dans le cas qui nous occupe, peut être confondue avec la pleurésie ou bien avec la bronchite ; mais pour la pleurésie, on peut dire qu'elle est infiniment plus rare que la pneumonie, et qu'elle en est distincte, surtout par les signes fournis par la percussion et l'auscultation réunies.

La matité du thorax et l'absence de la respiration du côté malade, sont beaucoup plus remarquables dans la pleurésie.

Quant à la bronchite franche, soit aiguë, soit chronique, elle est rarement assez grave pour entraîner la mort du sujet.

La pneumonie des jeunes enfants, qu'elle soit franche ou compliquée, est si grave, que plus des trois quarts des enfants qui en sont

atteints succombent, et presque tous offrent des pneumonies compliquées.

TRAITEMENT.

S'il est une maladie où diverses médications aient été conseillées, abandonnées, reprises tour à tour, c'est sans contredit la pneumonie. Aucune maladie n'offre à une médecine éclairée autant de ressources; mais il faut suivre une marche rationnelle toujours dirigée suivant l'état des symptômes, et bien se garder d'entasser moyens sur moyens, dès que l'on s'aperçoit que la maladie marche malgré nous. C'est en général ce que ne manquent pas de faire les jeunes médecins; et souvent les tiraillements produits par les traitements divers empêchent la nature de guérir la maladie. Tâchons de porter l'analyse dans ces méthodes diverses, et de les estimer à leur juste valeur.

En général un organe malade doit, pour première condition, être placé dans le plus parfait repos. Cela n'est pas possible pour le poumon; car à la continuité de ses fonctions tient celle de la vie. Il faut donc rendre aussi douce que possible l'impression que doivent produire sur l'organe irrité les divers modificateurs qui sont en contact avec lui, et rendre moins pénibles les diverses fonctions qu'il ne peut se dispenser de remplir.

Rappelons en peu de mots les fonctions du poumon et les principaux actes qui s'y passent.

Les poumons servent à la respiration et à la voix; ils sont en contact, sous ce rapport, avec l'air extérieur premier modificateur.

Les poumons servent essentiellement à l'hématose; c'est spécialement dans le tissu affecté d'inflammation que cette fonction importante s'opère : le sang, poussé d'une manière plus ou moins active par le cœur, est, sous ce rapport, le modificateur du tissu affecté.

Les poumons ont aussi pour fonctions d'incorporer le chyle et les fluides lymphatiques au sang artériel; ces deux fluides sont aussi des modificateurs qu'il ne faut pas négliger.

Enfin, le poumon est chargé d'une autre fonction qui est celle

de l'exhalation ou perspiration pulmonaire. Nous savons que cette perspiration est dans un rapport inverse de la transpiration cutanée : c'est sur ces données physiologiques très-rationnelles que nous allons dérouler tout ce qu'on a conseillé dans la pneumonie, et apprécier ce que nous croyons le plus convenable.

Sous le premier chef, le malade sera placé dans son lit dans une position élevée; des carrés lui tiendront la tête haute; il ne devra ni crier ni parler haut; l'action de parler bas est même une cause d'excitation; l'air de l'appartement sera tenu à une température de 14 à 15 degrés du thermomètre Réaumur. On évitera soigneusement tout ce qui pourrait opérer un changement brusque dans la température; ainsi, dans l'hiver, on se gardera bien de laisser une ouverture à l'air extérieur. Cette considération est plus puissante qu'on ne le croit; si, dans les hôpitaux, on perd dans l'hiver plus de pneumoniques qu'en ville, c'est à cette cause qu'on doit l'attribuer. En effet, les malades sont placés dans de grandes salles très-froides, dont on est obligé de renouveler l'air plusieurs fois par jour, en donnant accès, par de larges ouvertures, à l'air extérieur; en été même, les pneumoniques passent de l'atmosphère étouffante de la journée à la température quelquefois très-basse de la nuit et surtout du matin, puisque, dans l'été, les croisées sont presque toujours ouvertes.

L'air cependant ne doit pas être trop raréfié; la température que nous venons d'indiquer est suffisante; mais aussi il faut qu'il soit assez pur pour fournir à l'oxigénation du sang. Ainsi il ne faudrait pas que l'air de l'appartement fût vicié par la respiration d'une certaine quantité d'hommes. Dans ce cas, il serait nécessaire de le renouveler, mais peu à peu et sans transition brusque. Si l'air était très-sec, ce qui arrive quelquefois en hiver et en été, il serait bien de faire évaporer un peu d'eau dans l'appartement. Certains médecins ont conseillé de faire évaporer des décoctions émollientes; mais ces adoucissants n'ont rien de volatil; tous les principes des mucilagineux sont fixes; il n'y a donc, dans ce cas, que des vapeurs d'eau qui s'élèvent et qui se mêlent à l'air. Cette recommandation est donc entièrement inutile; il suffit, dans l'hiver, de faire évaporer de l'eau, et, dans l'été, de tenir des vases d'eau douce dans la chambre.

Sous le second chef, les poumons sont chargés de l'hématose. Cette fonction ne peut pas être non plus suspendue : c'est le sang poussé par le cœur qui va se modifier; il est donc convenable que le moins de sang possible vienne se rendre dans les poumons, et que celui qui s'y rend y soit lancé avec le moins de force possible. C'est dans ce double but que l'on emploie les évacuations sanguines. Les saignées ont été pratiquées depuis fort long-temps. Hippocrate les recommandait, et depuis le Père de la médecine, tous ceux qui lui ont succédé ont préconisé ce moyen; cependant on les faisait de diverses manières et à différents temps. Nous commencerons par déclarer que notre opinion formelle est que, dans la pneumonie franche et non compliquée de pleurésie, les saignées locales, par les sangsues ou par les ventouses scarifiées, sont complètement inutiles, si elles ne sont pas dangereuses. La seule circulation qu'il s'agit de modifier, c'est la circulation pulmonaire. On conçoit que, sous ce rapport, les évacuations locales n'agissent nullement; d'un autre côté, elles tirent des litres de sang oxigéné qui peut encore nourrir les parties dans lesquelles il circule, qui doit être remplacé par un sang nouveau : de là, surcharge de l'action pulmonaire pour oxigéner plus de sang. Le chef de la doctrine physiologique conseillait seulement des applications de sangsues à la fourchette du sternum, dans le but de diminuer la fréquence de la toux; mais dans une pneumonie franche, la toux ne provient pas de l'irritation de la muqueuse bronchique; elle provient de la difficulté de l'expiration, et des mucosités particulières exhalées dans les cellules pulmonaires. La toux, du reste, est un symptôme plus favorable que nuisible; l'exhalation sanguine par la muqueuse diminue presque toujours la pneumonie. Nous avons dit plus haut que la crise la plus heureuse se faisait par cette voie.

Dans la pneumonie et dans la pleurésie, le sang présente un aspect particulier : aussitôt qu'il est retiré de la veine, il se décompose; le cruor et la fibrine se ramassent, et forment un caillot plus ou moins gros; la sérosité surnage, et se recouvre bientôt d'une pellicule tenace, blanchâtre, ressemblant à une fausse membrane plus ou moins épaisse qu'on appelle couenne inflammatoire. Dans quelques épidé-

mies, quelquefois le sang, dans les premières vingt-quatre heures, ne se séparait pas, formait un caillot, et n'était recouvert que d'une couenne inflammatoire. Sydenham, et un grand nombre de ceux qui l'ont suivi, renouvelaient les saignées tant que le sang présentait cette couenne. Nous croyons que le véritable praticien ne doit pas s'arrêter à ce seul signe, mais doit suivre une marche plus rationnelle d'après l'ensemble de tous les autres symptômes.

A ces praticiens ont succédé Brown et ses sectateurs, qui redoutaient par-dessus tout l'asthénie, et qui, pendant long-temps, ne pratiquaient qu'en tremblant des évacuations sanguines, craignant à tout moment de plonger leur malade dans l'adynamie. Les Italiens, depuis trente ans environ, font un abus extraordinaire des saignées. C'est par des saignées de vingt et trente onces, réitérées plusieurs fois dans les vingt-quatre heures et pendant plusieurs jours, qu'ils prétendent juguler la pneumonie; mais ils jugulent plus souvent la vie de leurs malades que la maladie des poumons. On trouve, dans un ouvrage du docteur Sméli, plusieurs observations d'affaiblissement tel, produit par ces saignées, que les malades meurent de syncope au moindre mouvement. Pinel, et les médecins qui ont suivi ses préceptes, étaient revenus, en France, à une médication à peu près expectante : une saignée modérée étant faite, ils laissaient marcher la maladie, qu'ils se contentaient de modérer par des moyens légers.

M. Broussais a été plus hardi dans les évacuations sanguines : il fait pratiquer assez ordinairement deux saignées copieuses, et c'est par des sangsues qu'il veut ensuite modérer la persistance des symptômes inflammatoires.

M. Bouillaud a communiqué dernièrement, à l'Académie royale de médecine, des états comparatifs de pneumonies traitées par l'ancienne méthode, et d'autres traitées par celle qu'il propose. Il n'y a pas de doute, suivant lui, que le succès ne soit de son côté. Sans s'arrêter aux autres symptômes, il n'a égard qu'à l'engorgement pulmonaire, qu'il reconnaît par l'auscultation. Tant que l'engorgement de l'organe au premier ou au deuxième degré existe, il saigne par des saignées générales de douze à quinze onces, réitérées deux fois dans

les vingt-quatre heures, par des applications de dix à douze sangsues sur le côté malade. Il ne cesse que lorsqu'il s'aperçoit que la respiration s'entend à peu près partout. Nous voyons que cette méthode n'est pas nouvelle; qu'elle est décrite par Sydenham, qui ne reconnaissait pas, il est vrai, pour guide l'auscultation, mais l'ensemble des autres symptômes, qui lui suggéraient à peu près les mêmes indications; car lorsque la respiration perd de sa fréquence, que les crachats muqueux et abondants existent, que les douleurs disparaissent, on peut à peu près dire que le poumon est devenu perméable à l'air, ou du moins qu'il va le devenir. Ces symptômes sont même le plus sûr indice de la disparition de la maladie; car, lorsque le tissu pulmonaire a été affecté au troisième degré, la respiration ne revient que peu à peu dans le poumon; et si l'on continuait alors les saignées, on courrait le risque de trop affaiblir le malade, et de rendre la circulation très-difficile, sinon impossible.

M. Pereyra, dont j'ai suivi la clinique à l'Hôtel-Dieu de Bordeaux, médecin non moins recommandable par la multiplicité que par la justesse de ses observations, conseille, pendant la période d'accroissement, des saignées, fréquemment répétées toutes les quatre heures, de quatre à cinq onces de sang. Il les continue deux ou trois jours, tant que les symptômes d'irritation persistent, et surtout dans les pneumonies commençantes. J'ai été très-souvent témoin du bon effet de ces saignées, et je partage son opinion sur leur efficacité. Je dois faire observer, toutefois, que M. Pereyra ne fait ordinairement pratiquer ces petites saignées qu'après une saignée copieuse. J'ai cru m'apercevoir que les seules évacuations légères pratiquées par d'autres médecins dans d'autres hôpitaux, ne suffisaient pas pour enrayer la maladie. Ces saignées, en effet, fréquemment réitérées et en petite quantité, diminuent la masse circulatoire d'une manière lente graduée: le cœur et les poumons s'accoutument facilement à ce vide, qui est à peine senti, et la diminution que l'on opère se fait sans la perturbation violente qui accompagne les grandes évacuations sanguines; le pouls devient plus mou, plus faible; tandis qu'après les saignées abondantes, le cœur redouble, en quelque

sorte, de vigueur; ses mouvements sont plus forts, plus accélérés; le pouls augmente au lieu d'être affaibli. Mais, qu'on y prenne garde, ce pouls est très-souvent trompeur : il engagerait très-faussement à continuer les évacuations sanguines, qui seraient funestes. Pour conclure sur ce que nous venons de dire, je crois que, dans une pneumonie franche, la saignée générale doit être conseillée : d'abord une première de quinze à vingt onces, et d'autres de quatre onces, renouvelées toutes les quatre ou six heures pendant les premiers jours.

Les saignées locales par les sangsues ou par les ventouses scarifiées ne doivent être pratiquées que lorsque la pneumonie est compliquée de pleurésie. Dans ce cas, on doit les faire avec vigueur pour enlever, s'il est possible, très-promptement cette complication, qui est très-douloureuse. Dans tout autre cas, je les crois, comme je l'ai dit, inutiles ou dangereuses.

L'état du pouls ne doit pas être le signe de l'abondance ou de la nécessité des évacuations sanguines : il arrive souvent que, dans une pneumonie, et en général ce sont les plus graves, le pouls est petit et mou. On le voit bientôt se relever, et présenter l'état pathologique de la pneumonie après des saignées réitérées. On le voit encore, ainsi que je l'ai dit, chez des individus exsangues, avec une vigueur et une force très-trompeuse.

On doit cesser les saignées aussitôt qu'une crise se prépare. Ainsi, si les crachats sont sur le point de devenir abondants; si la sueur se développe; si une diarrhée survient, etc., il faut s'arrêter, et ne recommencer, s'il y a indication, qu'après que l'on se sera assuré que la crise a été incomplète. Cette remarque doit être capitale dans tout traitement, et surtout dans la pneumonie. *Quò natura vergit eò ducendum*, a dit Hippocrate. Ce principe est d'une vérité générale; car si, dans un moment où la nature prépare une crise, vous allez perturber, vous empêchez la crise de se faire, et la maladie augmente de tous les efforts devenus impuissants. On ne saurait trop, dans toutes les maladies, avoir ce principe présent, parce que, si on n'aide pas la nature, il ne faut pas au moins la contrarier.

La saignée doit-elle être pratiquée chez les vieillards? Cette question mérite de fixer un moment notre attention.

On a long-temps redouté les effusions de sang chez des individus qui paraissent le réparer difficilement : aussi évitait-on de pratiquer des saignées chez les vieillards. De là suivait le danger des pneumonies à cet âge. Chez eux, la grande circulation est très-pleine ; la circulation capillaire, au contraire, est presque vide. Voyez les vieillards qui s'amaigrissent : les veines sont noires, pleines, saillantes ; le pouls est fort : cet état coïncide avec un affaiblissement général. A cet âge, la résolution se fait difficilement; la nature semble n'avoir plus assez de force : il importe donc d'enlever promptement les diverses congestions qui se forment; car, si on les laisse se former, il sera très-difficile de les résoudre. D'après ce que nous venons de dire, il est aussi nécessaire de pratiquer des saignées au commencement d'une pneumonie, qu'il est dangereux de les prolonger trop long-temps. Mais il faut se hâter beaucoup plus chez les vieillards que chez les adultes : on èst étonné des heureux effets de ces évacuations.

Je n'oublierai jamais le fait suivant, que j'ai recueilli de la bouche même d'un de nos professeurs. Je fus appelé, dit-il, pour donner des soins à un vieux marin, âgé de 102 ans, qui se traînait à peine depuis plusieurs années, sur la porte de l'hôtel de la Marine, pour demander des secours aux marins. Ce vieillard était atteint d'une pneumonie commençante, les crachats étaient visqueux, la respiration fréquente, le pouls fort et dur, les pommettes injectées : je pratiquai sur-le-champ une large saignée, malgré les prières des assistants, qui me prédisaient sa mort prochaine, résultat de saignées à un âge aussi avancé. Le lendemain, il y avait un peu de mieux, mais le pouls était encore fort, et les autres symptômes persistant, je fis une deuxième saignée de 15 à 16 onces. La maladie se termina en peu de jours de la manière la plus heureuse. Au bout de quinze jours, à l'étonnement de tous ses parents, il sortit seul pour venir me remercier, fit un long trajet à pied, et en entrant dans mon cabinet, il se mit à danser, en m'assurant qu'il n'avait été aussi fort ni aussi leste depuis vingt ans.

Lorsqu'on est appelé pour un malade qui est à plus de huit jours de maladie, doit-on insister sur les saignées? Oui, si le malade n'a

pas encore été saigné, s'il est fort, robuste, si le pouls est plein, et s'il n'y a pas apparence de crise. Non, s'il est affaibli, s'il a éprouvé des pertes de sang, et si une crise même incomplète a eu lieu. Il faut alors avoir recours à une autre médication.

Doit-on se fixer sur la nature des crachats? Non; car, quoique leur coloration n'indique jamais une exsudation passive, mais bien toujours active et en rapport avec l'engorgement pulmonaire, il est cependant des cas où la saignée ne peut produire aucun effet salutaire: c'est d'après d'autres signes qu'il faut se diriger.

Une remarque faite par tous les auteurs, et qui ne doit pas être négligée, dans la pneumonie, c'est que, près d'une crise salutaire, la maladie semble être exaspérée pour diminuer et disparaître après. Il ne faudrait donc pas s'en laisser imposer par les symptômes extérieurs. Le stéthoscope donne alors des signes assez rassurants pour nous permettre d'attendre cette terminaison que nous appelons de tous nos moyens. Nous avons repoussé de toutes nos forces les saignées locales dans la pneumonie; cependant, si elle reconnaît pour cause la cessation brusque des règles chez les femmes, ou d'une hémorrhagie habituelle chez les hommes, il est nécessaire d'appliquer des sangsues et des ventouses dans les endroits les plus voisins du siége de ces hémorrhagies. Elles servent alors de révulsifs, et quelquefois elles diminuent de beaucoup la maladie. C'est souvent par ces voies naturelles que la nature provoque une crise qui en amène la guérison. Mais pour les saignées locales comme pour les générales, il faut savoir choisir le moment opportun, et se garder de les faire lorsque la nature semble prendre une direction opposée. Nous venons de voir quand il convenait de diminuer la masse du sang, et de quelle manière on devait rationnellement régler sa conduite; il nous reste à examiner les médicaments conseillés pour ralentir les mouvements du cœur, et par conséquent pour que le sang soit envoyé moins fréquemment et avec moins de force dans les artères pulmonaires.

En première ligne, nous devons mettre les préparations antimoniées, puis la digitale pourprée, enfin la belladone. Nous nous occuperons aussi, dans cet article, de divers narcotiques.

Vers le commencement de ce siècle, Rasori, médecin de Savone, présenta une théorie sur l'action de certains médicaments, considérés jusqu'alors comme irritants, et qu'il prétendit exercer au contraire une action sédative puissante qu'il appela *contre-stimulante*. L'émétique était à la tête de ces médicaments. Aussi, dans toute inflammation, employait-il en même temps les saignées générales et locales et les médicaments les plus forts, en particulier l'émétique, et assurait en éprouver des effets merveilleux. Cette doctrine trouva peu à peu de l'écho en Italie, et fut enfin professée en 1816, par le célèbre Tomassini, sous le nom de doctrine du contre-stimulisme ; elle devint bientôt générale dans ce pays. De nombreux ouvrages furent publiés à ce sujet, et vers l'année 1822, le docteur Laënnec l'introduisit en France. Je ne rappellerai pas les nombreuses applications qui en furent faites. Il devint démontré par l'expérience que, dans beaucoup de cas de pneumonie et de rhumatisme aigu qui auraient entraîné la mort des malades, l'emploi de l'émétique à haute dose avait complètement réussi.

Dans une pneumonie inflammatoire aiguë, les Italiens commencent par faire une large saignée et donnent même au début l'émétique dans une infusion aromatique, à la dose d'un grain par cuillerée toutes les heures. Contre toute prévision, la seconde ou troisième cuillerée ne donne lieu à aucune évacuation par haut ou par bas, pas même à des nausées. Ils continuent cette même dose en renouvelant les saignées toutes les fois que le pouls est plein et dur, jusqu'à ce que des évacuations soient produites : ils disent alors qu'il n'y a plus *tolérance*. Le plus ordinairement, à cette époque, le malade entre en convalescence. Nous ne l'avons jamais employé, en France, d'une manière aussi énergique. Laënnec, après une première saignée, donnait de huit à douze grains de tartre stibié dans huit onces d'infusion de camomille toutes les deux heures, et continuait jusqu'à ce qu'il n'y eût plus *tolérance*. C'est encore maintenant la manière la plus ordinaire de l'administrer. Il y a des praticiens qui ne donnent ainsi l'émétique que lorsqu'ils ne croient plus nécessaires les émissions sanguines. Nous avons vu souvent des succès

inespérés suivre cette méthode; dans presque tous les cas de son emploi, j'ai vu les mouvements du cœur se ralentir. Le pouls, chez un pneumonique, présentait 100 pulsations par minute, qui n'en avait plus que 56 le lendemain après avoir pris le tartre stibié. Chez ce même malade, les crachats, que ni les boissons tempérantes, ni les saignées, ni l'application réitérée d'un grand nombre de sangsues, n'avaient pu débarrasser des stries de sang, devinrent spumeux et blanchâtres le lendemain de l'emploi de cette potion. Le pouls de ceux chez lesquels l'émétique agit heureusement présente un caractère particulier d'hésitation. Il semble qu'une cause puissante enchaîne les mouvements du cœur. L'usage de ce médicament donne souvent lieu à une sueur générale qui soulage le malade. Les médecins français en général, et surtout les médecins de l'école physiologique, ne reconnaissent point à l'émétique cette propriété éminemment calmante ; ils expliquent ses effets, qu'ils sont bien forcés d'admettre, par une forte révulsion produite sur la muqueuse gastro-intestinale. Je partagerais cette opinion si de nombreuses observations ne m'eussent conduit à reconnaître bien évidemment l'action sédative puissante de l'émétique à haute dose sur le cœur.

Lorsque le premier traitement antiphlogistique a été fait franchement, mais en suivant la sage méthode de petites évacuations successives de sang ; si, au troisième jour du traitement, on s'aperçoit que l'engorgement du poumon augmente, que la difficulté de respirer par conséquent devient plus grande; si le pouls est un peu plus mou, et si la langue est fraîche et sa couleur naturelle, on peut prescrire une potion stibiée à prendre toute les deux heures par cuillerée ; on peut en continuer l'usage deux ou trois jours, tant qu'il y a tolérance ; si, au lieu de diminuer de volume et de fréquence, le pouls ne se modifie pas, on peut encore essayer une ou deux saignées ; le plus ordinairement cette méthode est suivie de succès.

J'ai dit que Laënnec donnait l'émétique à la dose de huit à douze grains ; je crois que, sans danger, on peut la porter jusqu'à seize dans plusieurs cas. Elle doit toutefois être graduée à l'état du malade ; la dose de huit grains est suffisante pour le vieillard et même

pour un adulte quand il est faible et d'une complexion délicate ; mais il faut, au contraire, seize grains au moins pour un homme robuste fortement constitué, chez ceux surtout qui sont habitués aux stimulations : les matelots, par exemple, surtout ceux du Nord, exigent une médication forte et active ; chez eux, huit grains ne produiraient aucun effet. On conçoit encore que, pour un enfant, quatre grains pourraient être suffisants.

Plusieurs médecins modernes, M. Récamier entre autres, citent plusieurs observations de l'heureux effet de l'oxide blanc d'antimoine. Ces médecins se sont servis de la potion suivante (eau distillée cinq onces, eau de fleurs d'oranger une once, sirop diacode une once, oxide blanc d'antimoine un gros, gomme arabique quantité suffisante) à prendre par cuillerée à bouche toutes les heures. Cette potion a été continuée de quatre à cinq jours et a produit plusieurs fois, sans aucun autre moyen, la guérison de violentes pneumonies ; ils attribuent donc à ce médicament les mêmes effets avantageux qu'au tartre stibié sans en redouter les conséquences funestes.

Une autre préparation d'antimoine a été donnée à haute dose : le kermès jouit encore, à l'Hôtel-Dieu de Paris, du mérite de la nouveauté.

On a préconisé, dans ces derniers temps, la digitale pourprée dans la pneumonie ; son usage est rationnel. On prépare un sirop contenant un quart de grain par once d'extrait alcoolique de digitale ; on en donne toutes les deux heures une cuillerée au malade.

La belladone est aussi un médicament agissant de la même manière ; il faut la donner à des doses très-faibles pour ne point porter sur tous les muscles une action trop engourdissante qui favoriserait la congestion pulmonaire. Elle ne doit être administrée que chez des individus d'une grande susceptibilité nerveuse, chez qui tous les muscles sont dans un état de contraction permanente. Chez les individus robustes et peu excitables, elle doit être repoussée. On donne la belladone à la dose d'un grain d'extrait dans un looch de quatre onces qu'on fait prendre par cuillerée dans les vingt-quatre heures.

Dans le commencement de l'administration de l'acide hydrocyanique médicinal, on a employé très-souvent ce médicament dans le

même but que la belladone. Son action est puissante, mais assez incertaine. Dans les cas favorables à son administration, on doit se servir de préférence de l'eau distillée de laurier cerise à la dose d'une once dans une potion de six onces. Les mêmes réflexions doivent s'appliquer à ce médicament qu'à la belladone.

L'opium et les divers médicaments qui partagent avec lui la vertu narcotique, ont été conseillés dans la pneumonie; leur action est entièrement contraire à l'indication que l'on a à remplir; car les opiacés excitent les mouvements du cœur, et, suivant quelques praticiens, arrêtent les crachats, qui sont d'un si grand secours dans cette maladie; il faut donc s'en abstenir avec soin. On est cependant obligé quelquefois de donner les préparations les plus douces d'opium lorsqu'on emploie la potion stibiée; quelques individus ont les organes gastriques si irritables, que, sans cette précaution, on ne pourrait pas continuer la médication dont on attend de si heureux effets. Dans ce cas, l'action du sirop diacode (car c'est en général à cette préparation que l'on donne la préférence) est tellement modifiée par le tartre stibié, qu'elle semble se borner aux organes gastriques et ne contrarier en rien l'action de cet émétique.

Sous le troisième chef de traitement que nous avons posé, c'est-à-dire sous le rapport du chyle qui vient s'incorporer au sang dans le parenchyme pulmonaire, il faut faire en sorte qu'il arrive le moins irritant possible; et par conséquent c'est à la diète la plus sévère et aux boissons adoucissantes et émollientes qu'il faut avoir recours.

Les anciens, Sydenham entre autres, prescrivaient des potions huileuses dans le but de rendre plus douce l'humeur aspirée par les vaisseaux chylifères. On a mis en oubli depuis long-temps cette pratique; je ne l'ai jamais vu suivre; je crois cependant qu'une potion huileuse ne peut faire aucun mal; elle peut rendre les évacuations alvines plus faciles sans donner lieu à aucune irritation. Sous ce rapport, elle peut être employée avec avantage. Le petit-lait ne doit pas être négligé; il facilite les fonctions des vaisseaux de l'estomac et des intestins, et le chyle qui en résulte doit être calmant et devenir une cause de diminution de la phlegmasie.

Il faut bien réfléchir au premier aliment que l'on doit donner au malade; car souvent c'est à une alimentation trop prématurément donnée que l'on doit le retour de l'affection qui était sur le point de disparaître.

On trouve dans l'article pneumonie du dictionnaire de médecine, par M. Chomel, une observation qui n'est pas en rapport avec celle que j'ai été à même de faire. Il prétend que les gens adonnés aux boissons alcooliques ne guérissent de la pneumonie que lorsqu'on continue à leur donner du vin en quantité modérée; il cite plusieurs cas qui viennent à l'appui de son assertion. Je ne citerai que deux cas, entre un grand nombre qui reviennent à ma mémoire, et qui sont entièrement opposés.

Un nommé Cadet, charretier, le premier ivrogne du département, était entré à l'hôpital St-André de Bordeaux, atteint de pneumonie: soumis à un traitement actif, il entra, au bout de quatre jours, en convalescence; on avait eu soin de l'empêcher de boire, et on l'avait fait assez surveiller pour être certain qu'on ne serait point joué par des amis officieux. On ne commença à lui donner du vin qu'après plusieurs jours de convalescence.

Dans le mois de Mai 1833, un compagnon menuisier entra à l'hôpital, atteint d'une forte pneumonie. Sept à huit jours après, il était convalescent. Ses amis étant parvenus à lui donner une bouteille de vin, il la vida dans la journée; mais, quoique la dose fût très-faible pour lui, qui était habitué à en prendre plusieurs par jour, la maladie revint avec une nouvelle intensité, et le malade succomba, malgré tous les efforts de l'art les mieux concertés.

Ainsi, malgré l'assertion de M. Chomel, je crois qu'il serait très-imprudent de donner, aux malades habitués à la boisson, des liqueurs vineuses ou alcoolisées.

Quant à la lymphe, il faut, par des boissons aqueuses abondantes, tâcher de l'augmenter, afin de la rendre moins stimulante. Dans les expériences faites par Piorry, sur les animaux vivants, ce médecin ayant reconnu que l'injection de l'eau dans les veines augmentait beaucoup la transpiration pulmonaire, a eu l'idée qu'une grande

quantité d'eau portée par l'absorption dans le cercle circulatoire, produirait le même effet, et donnerait ainsi plus de fluidité aux matières sécrétées par les bronches. D'après ces principes, il a donné à des enfants atteints de croups une grande quantité de lavements, et a modifié ainsi, très-heureusement quelquefois, la sécrétion bronchique. Dans la pneumonie, des lavements n'agiraient-ils pas heureusement aussi, en diminuant la viscosité des crachats et en rendant l'expectoration plus facile ?

Pour ce qui a trait aux fonctions exhalantes des poumons, je crois devoir insister sur les considérations que j'ai données ; nous avons vu que la transpiration pulmonaire était en raison inverse de la transpiration cutanée et de la sécrétion de l'urine. Aussi, dans la pneumonie, une médication importante est de tâcher d'augmenter la transpiration cutanée. Pour cela, les boissons seront données toujours tièdes, jamais froides. Le malade sera chaudement dans son lit, sans cependant être trop surchargé. Des frictions pourront être faites sur les membres.

M. Broussais, dans son traité des phlegmasies chroniques, parle d'un moyen qu'il croit rationnel, et qu'il n'a cependant pas employé: il pense que les bains pourraient être utiles. Ce moyen, qui pourrait, en effet, être avantageux dans plusieurs cas, en été, par exemple, lorsque le malade est malpropre, et lorsque, par cette raison, les vaisseaux exhalants et absorbants se trouvent, par cela même, privés d'action, pourrait devenir très-funeste et d'une difficile exécution en hiver, où la difficulté de sortir le malade du bain sans lui faire éprouver les dangereuses impressions du froid, pourrait lui attirer le vice auquel on a l'intention de le soustraire, la suppression de la transpiration. Dans le but toujours de favoriser la transpiration cutanée, il faut bien se garder de donner les sudorifiques: toutes ces substances sont irritantes, et augmenteraient la maladie. Il faut se contenter de donner une boisson légèrement diaphorétique, telle que, par exemple, la tisane de bourrache avec l'oximel simple.

En outre des diverses médications que je viens de signaler, il en est d'autres que je ne dois pas passer sous silence : elles sont toutes

dans la catégorie des révulsifs. En première ligne, on doit placer les rubéfiants externes.

Les vésicatoires ont été employés, depuis très-long-temps, dans les maladies des organes pulmonaires. Plusieurs auteurs ont conseillé de les appliquer sur la poitrine aussitôt que les premiers moyens antiphlogistiques auraient échoué. Telle n'est pas mon opinion. Dans la maladie simple inflammatoire aiguë, je crois que les vésicatoires appliqués sur la poitrine sont toujours suivis d'une aggravation de la maladie. Il en serait tout autrement s'il existait en même temps une pleurésie. Ainsi que j'aurai soin de le faire remarquer plus bas, il ne faut jamais se presser de faire des applications de vésicatoires : mais si, après avoir attendu un temps assez long, au lieu de diminuer, l'inflammation gagne dans le parenchyme pulmonaire ; si la respiration devient plus fréquente, alors une application de larges vésicatoires aux cuisses, et plus tard aux jambes, peut opérer une révulsion très-favorable. A ces moyens on peut ajouter les sinapismes promenés sur les membres inférieurs, même sur les supérieurs, mais continués pendant quelque temps. Quant aux pédiluves sinapisés, ce moyen agit d'une manière trop fugace pour être employé dans une pneumonie grave. Il est donc inutile d'en faire prendre, même dans la pneumonie légère, car si, après leur application, les extrémités se refroidissent, la maladie est augmentée.

On aura soin cependant d'entretenir vers ces parties une douce chaleur au moyen de bouteilles d'eau chaude très-souvent renouvelée.

Les vomitifs et les purgatifs ont été tour à tour conseillés. Je crois que, dans l'état d'acuité, cette pratique est pernicieuse dans la pneumonie. Cependant, dans la convalescence, lorsque la langue est sale, on peut prescrire un ou deux minoratifs très-doux : deux grains de kermès, par exemple, et deux onces de manne, qui achèvent, en général, le traitement.

Quoique, dans la maladie qui nous occupe, la crise par les crachats soit très-favorable, il faut bien se garder de donner, avant qu'elle ne soit arrivée, aucun remède pour la provoquer. Les inci-

sifs conviennent lorsqu'il n'y a plus d'irritation, que les crachats ont tout-à-fait changé de nature. Alors les préparations de scille (l'oximel scillitique), quelques grains d'ipécacuanha, peuvent être utiles.

Est-il indispensable d'appliquer ces remèdes? Je ne le crois pas. J'ai remarqué que la convalescence des malades de praticiens qui ne les mettent point en usage, n'est ni plus pénible, ni plus longue que celle des malades qui en font usage.

Stoll donnait toujours, vers la fin de la convalescence, une infusion de quina magnésié; il croyait remarquer que les convalescences des pneumoniques étaient plus franches, et que l'on évitait ainsi les fièvres intermittentes ou des douleurs rhumatismales d'une acuité remarquable qui surviennent assez souvent à la suite des pneumonies. Je l'ai vu mettre en usage un grand nombre de fois; je ne lui ai jamais vu avoir de mauvais résultats; je crois plutôt qu'il aide à la complète résolution. Résumons le traitement de la pneumonie.

Le malade sera placé dans son lit dans une position élevée; il ne parlera ni ne criera; la température de sa chambre sera de 14 à 15 degrés; on évitera les changements brusques de l'atmosphère; si l'air est très-sec, on pourra faire évaporer de l'eau. On pratiquera d'abord au malade une large saignée; on continuera les évacuations générales par petites saignées de quatre à cinq onces toutes les six heures, tant que le pouls sera le même. On donnera, soit l'émétique à haute dose, soit l'oxide blanc d'antimoine. Si la maladie fait des progrès, on prescrira les vésicatoires aux cuisses et aux jambes, et des sinapismes aux membres si le cas devient plus grave, et l'on continuera les boissons dont nous avons parlé. On se conduira, dans la convalescence, d'après les règles que nous avons tracées.

Traitement de la pneumonie bilieuse. Si, au lieu d'avoir à traiter la pneumonie simple inflammatoire aiguë, on reconnaît la pneumonie bilieuse, on se conduira de la manière suivante :

Le traitement doit consister en premier lieu, comme dans la pneumonie précédente, en évacuations sanguines générales et locales, surtout si elle commence par être inflammatoire. Pendant qu'on dégorge le poumon à l'aide de la saignée, et qu'on diminue la masse

sanguine dont l'abord aux parties enflammées est si douloureux, on modère la douleur et l'inflammation par des applications émollientes sur le thorax, comme des cataplasmes, des fomentations d'eau tiède, des onctions huileuses. Les médicaments internes consistent en boissons chaudes, mucilagineuses, amilacées, rafraîchissantes; on peut les édulcorer avec des sirops appropriés, y faire dissoudre quelques grains de nitrate de potasse pour les rendre légèrement laxatifs; mais aussitôt que les premiers symptômes inflammatoires sont calmés, il faut administrer un vomitif réitéré souvent; sans cela, la maladie marche sans qu'on puisse l'enrayer par aucun autre moyen. Mais on est surpris des heureux résultats de cette médication qui fait disparaître comme par enchantement tous les symptômes.

Traitement de la pneumonie intermittente. Comme il est impossible *à priori* de savoir si une pneumonie est intermittente, tous les malades reçoivent le même traitement de la pneumonie continue. Si on pouvait cependant la reconnaître aux premiers accès, il faudrait de même débuter pendant l'accès, et surtout chez les adultes et chez des individus d'une forte constitution, par une abondante saignée suivie de quelques autres petites, par les boissons adoucissantes, ainsi que par toutes les autres médications dont nous nous sommes occupés dans l'article traitement de la pneumonie inflammatoire. Mais aussitôt que l'on reconnaîtra le caractère intermittent de la maladie, on se hâtera de prescrire le sulfate de quinine en même temps que les adoucissants. On compose une potion qui en contienne un grain à peu près par cuillerée : cette dose est la plus forte dont il soit nécessaire de se servir. On la donnera toutes les heures par cuillerée au malade; on la continuera ainsi pendant deux ou trois jours dans l'intermittence des accès, ayant soin de s'arrêter aussitôt que l'accès commence. Quand deux accès ont complètement manqué, on éloigne les cuillerées, puis on diminue la quantité de sulfate de quinine; on le donne ainsi en décroissant pendant trois ou quatre jours, en même temps qu'on augmente graduellement l'alimentation jusqu'à ce que la santé soit parfaite.

FIN.

FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER.

PROFESSEURS.

MM. CAIZERGUES, Doyen. Clinique médicale.
BROUSSONNET, *Suppléant.* Clinique médicale.
LORDAT, *Examinateur.* Physiologie.
DELILE. Botanique.
LALLEMAND. Clinique chirurgicale.
DUPORTAL. Chimie.
DUBRUEIL. Anatomie.
DUGÈS, *Examinateur.* Path. chir., opérations et appareils.
DELMAS. Accouchements.
GOLFIN. Thérapeutique et Matière médicale.
RIBES, *Examinateur.* Hygiène.
RECH, *Président.* Pathologie médicale.
SERRE. Clinique chirurgicale.
BÉRARD. Chimie médicale-générale et Toxicol.
RENÉ. Médecine légale.
N............ Pathologie et Thérapeutique générales.

PROFESSEUR HONORAIRE.

M. Aug.-Pyr. De CANDOLLE.

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

MM VIGUIER.
KUHNHOLTZ.
BERTIN.
BROUSSONNET fils.
TOUCHY.
DELMAS fils.
VAILHÉ, *Suppl.*
BOURQUENOD.

MM. FAGES.
BATIGNE.
POURCHÉ.
BERTRAND.
POUZIN.
SAISSET, *Examinat.*
ESTOR, *Examin.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.